



Høgskolen i **Hedmark**

Campus Elverum

Avdeling for Helse & Idrett

4BACH

Mina Flisen og Gjertrud Boysen

Veileder: Gunvor Volla Stensrud

”Ikke som en av mange på et transportbånd”

“Not as one of many on a conveyor belt”

Antall ord: 13556

Bachelor i Sykepleie, 6 semester

2014

Samtykker til utlån hos biblioteket:

☒ JA

☐ NEI

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv
Brage:

☒ JA

☐ NEI

Forord

Jeg er pike på 10 i et lykkelig hjem
med foreldre og søsken - jeg elsker dem!
Jeg er ungmø på 16
med hjerte som banker
av håp og drøm og romantiske tanker.
Jeg er brud på 20 med blussende kinn,
i mitt eget hjem går jeg lykkelig inn.
Jeg er mor med små barn,
jeg bygger et hjem,
mot alt som er vondt vil jeg verne dem.
Og barna vokser med gråt og latter.
Så blir de store, og så er vi atter
to voksne alene som nyter freden
og trøster hverandre og deler gleden
når vi blir femti og barnebarn kommer
og bringer uro og latter hver sommer.
Så dør min mann,
jeg blir ensom med sorgen,
og sitter alene fra kveld til morgen,
for barna har egne barn og hjem,
det er så mye som opptar dem.
Borte er alle de gode år,

de trygge, glade og vante kår.
Nå plukker alderen fjærene av meg.
Min styrke, mitt mot blir snart
tatt fra meg.
Ryggen blir bøyd og synet svikter -
jeg har ikke krefter til dagens plikter.
Mitt hjerte er tungt og håret er grått.
Med hørselen skranter det også smått.
Men inne bak skrøpeligheten finnes
det ennå så meget vakkert å minnes:
barndom, ungdom, sorger og gleder,
samliv, mennesker, tider og steder.
Når alderdomsbyrdene tynger meg ned
så synger allikevel minnene med.
Men det som er aller mest tungt å bære
er det at EVIG kan INGENTING være!
Hva ser du søster?
- En tung og senil og trett gammel
skrott?
- Nei. Prøv en gang til!
Se bedre etter - se om du kan finne:
et barn, en brud, en mor, en kvinne!
Se meg som sitter der innerst inne!
Der er MEG du må prøve å se -
og finne!

Innholdsfortegnelse

| | |
|--|-----------|
| 1.0 Innledning | 5 |
| 1.1 Bakgrunn for valg av tema | 5 |
| 1.2 Formål og valg av problemstilling | 6 |
| 1.3 Presentasjon av problemstilling | 6 |
| 1.4 Oppgavens avgrensning | 6 |
| 1.5 Oppgavens disposisjon | 7 |
| 2.0 Metode | 8 |
| 2.1 Presentasjon av litteratur og valg av kilder | 8 |
| 2.2 Databaser og artikkelsøk | 9 |
| 2.3 Kildekritikk | 9 |
| 3.0 Teoretisk referanseramme | 11 |
| 3.1 Kari Martinsens omsorgstenkning | 11 |
| 3.2 Tom Kitwoods teori om personsentrert omsorg | 13 |
| 3.3 Etikk | 16 |
| 3.4 Holdninger | 17 |
| 3.5 Demens | 18 |
| 3.5.1 Alzheimers sykdom | 19 |
| 3.5.1.1 Symptomer | 20 |
| 3.5.1.2 Diagnostikk | 20 |
| 3.5.1.3 Behandling | 21 |
| 3.6 Delirium | 22 |
| 3.6.1 Årsaker | 22 |
| 3.6.2 Risikofaktorer | 23 |
| 3.6.3 Symptomer | 24 |
| 3.6.4 Forløp | 24 |
| 3.6.5 Postoperativ delirium | 25 |
| 3.6.6 Behandling | 25 |
| 3.6.7 Legemiddelbehandling | 25 |
| 3.6.8 Prognose | 26 |
| 4.0 Hvordan kan sykepleieren gi god omsorg til pasienter med demens, som står i fare for å utvikle delirium? | 27 |
| 4.1 Hvordan kan vi som sykepleiere gi god omsorg slik at pasienten føler trygghet? | 27 |
| 4.2 Hvordan kan vi som sykepleiere gi god omsorg slik at pasienten får ivaretatt sin identitet og føler tilhørighet? | 31 |
| 4.3 Hvordan kan vi som sykepleiere gi god omsorg for å oppnå tillit hos pasienten? | 33 |
| 4.4 Hvordan kan vi som sykepleiere gi god omsorg ved å bruke faglig skjønn? | 37 |
| 5.0 Konklusjon | 43 |
| Litteraturliste | 44 |
| Sammendrag | 48 |
| Vedlegg 1 | 49 |
| Vedlegg 2 | 50 |

1.0 Innledning

Forekomsten av delirium hos pasienter med demens, som er innlagt på somatisk sykehus, er svært høy (Engedal & Haugen, 2009). I følge Juliebø og B.Wyller (2009) er forekomsten av delirium generelt blant eldre pr. 2009 på ca. 20 %. Hos eldre med hoftebrudd var forekomsten på nesten 50 %.

I følge Helse og Omsorgsdepartementet (2007), vil det i Norge være vekst i antall eldre (over 65 år). Utviklingen frem til 2020 tilsier en spesiell stor økning av antall eldre over 80 år, hvor mange av disse har utviklet en demenssykdom.

I følge Moyle, Borbais, Wallis, Olorenshaw og Gracia (2010), som henviser til internasjonale studier, har vist at antall eldre i samfunnet er økende. Mange av disse lider av en demenssykdom. Dette medfører blant annet et økende antall eldre med demens som blir behandlet på sykehus for en akutt skade, tilstand eller sykdom i tillegg til demenssykdommen. Denne pasientgruppen krever i følge studier ekstra god omsorg. En av tilnærmingmåtene som kan benyttes her, er personsentrert omsorg. Den bør ta utgangspunkt i deres individuelle behov, ivaretagelse av personens integritet og verdighet ifølge Moyle et al. (2010).

1.1 Bakgrunn for valg av tema

I begynnelsen av vår sykepleierutdannelse ble vi introdusert for diktet "hva ser du søster?". Dette diktet gjorde sterkt inntrykk på oss, og har fulgt oss igjennom hele studiet. Diktet har vært en bidragsyter til gode refleksjoner for oss i våre praksisperioder, og har inspirert oss til å ville bli den gode omsorgsfulle sykepleieren. Dette ved ikke å bare se sykdommen, men selve personen bak sykdommen.

I våre sykehuspraksiser har vi opplevd mange pasienter med demens som blir innlagt på sykehus for behandling av en akutt skade, ofte kommer i en akutt forvirringstilstand. Observasjoner vi har gjort, er at disse pasientene ofte blir overlatt mye til seg selv, og at de mottar utilstrekkelig hjelp/behandling i forhold til tilstanden de befinner seg i. Våre opplevelser er at disse pasientene ofte blir møtt med lite respekt, verdighet, og dårlige holdninger av helsepersonell på sykehus.

Vi føler det ofte har vært usikkerhet i behandlingen av denne pasientgruppen og vi er usikre på om det skyldes lavt kunnskapsnivå om delirium blant sykepleierne, ressursmangler eller dårlige holdninger.

Det vi anser som essensielle innenfor sykepleieutøvelsen, er blant annet å akseptere og respektere hvert enkelt individ, med den personlighet og selvinnsikt den enkelte har. Våre egne verdier er tuftet på sykepleiens grunnlag: "... skal være respekten for den enkelte menneskets liv og iboende verdighet... bygge på barmhjertighet, omsorg, og respekt for menneskerettighetene, og være kunnskapsbasert" (Norsk Sykepleierforbund, 2011, p. 7). Som sykepleier vil vi behandle pasientene slik vi selv ønsker å bli møtt og behandlet, og *vi ønsker ikke at pasientene skal føle at de bare er en av mange på et transportbånd.*

1.2 Formål og valg av problemstilling

Med denne oppgaven ønsker vi å øke vårt kunnskapsnivå om pasienter med demens som utvikler delirium. Hvordan vi kan gjenkjenne symptomer, forebygge videre utvikling av delirium. Samtidig ønsker vi å finne ut av hvordan vi som sykepleiere kan være med på å gi god omsorg i situasjonen pasienten befinner seg i. Vi vil belyse faktorer som vi mener er av betydning. Dette som personsentrert omsorg, holdninger og fagkompetansen blant sykepleierne om denne pasientgruppen, samt eventuelle ressursmangler i sykehusene. Som fremtidig sykepleiere mener vi det er viktig med mye kunnskap om dette temaet. Oppgaven bidrar til å øke vår fagkompetanse og styrke våre sykepleiekvaliteter.

1.3 Presentasjon av problemstilling

- Hvordan kan sykepleieren gi god omsorg til pasienter med demens, som står i fare for å utvikle delirium?

1.4 Oppgavens avgrensning

I vår oppgave har vi valgt å ta for oss pasienter innlagt sykehus, og sett for oss pasienter som kommer inn til behandling etter hoftebrudd. På en sykehusavdeling er det flere profesjoner som har en viktig rolle i omsorgsarbeidet til pasienten. Ettersom vi er under en

sykepleierutdanning ser vi det mest relevant å kun ta for oss sykepleieren i oppgaven. Vi har valgt å ikke definere sykepleietermer da dette menes å være kjente begrep innenfor faget. Vi er innforstått med at det finnes mange ulike demenssykdommer. I teoridelen har vi kun valgt å beskrive Alzheimers sykdom. Dette fordi Alzheimers er den demenssykdommen med høyest forekomst. Her får vi også vist noe av vår fagkunnskap om dette tema. I drøftingsdelen har vi valgt å ikke spesifisere demenssykdommen, men skriver kun om en person med demens. Når vi tar for oss delirium har vi valgt å ha fokus på sykepleie til pasienter som utviklinger denne tilstanden. Det innebærer at vi ikke legger så stor vekt på forebygging og selve behandlingen. Vi vet at pårørende er en viktig bidragsyter i omsorgsarbeidet til pasienter med demens. Vi har allikevel valgt å ikke inkludere pårørende for å avgrense vår oppgave. Innenfor etikk finnes flere ulike typer plikter. Vi har vi kun knyttet nærhetsetikk og dydsetikk inn i oppgaven. Dette fordi teoretikerne vi har brukt i oppgaven benytter seg av disse begrepene. Når det kommer til kommunikasjon er vi klar over at dette er et nyttig verktøy innenfor omsorgsarbeidet til pasientgruppen i oppgaven. Vi har valgt å avgrense oppgaven ved å unnlate å utdype dette.

1.5 Oppgavens disposisjon

Oppgaven er bygd opp med innledning, metodedel, teoridel, drøftingsdel, konklusjon, vedlegg og sammendrag. I innledningen beskrives valg av tema, formål, problemstilling og oppgavens avgrensninger. Metoddelen inneholder gjennomgang av litteratur, artikkelsøk og databaser, og tydeliggjør hvordan det ble søkt etter forskning som var relevant for oppgaven. Videre i oppgaven har vi en kildekritikk som viser hvordan vi har anvendt litteraturen, samt belyser og besvarer det vi ønsker å drøfte og det oppgaven skal gi svar på. I teoridelen beskriver vi den fagkunnskapen som er nødvendig i besvarelsen av vår problemstilling, og i drøftingsdelen diskuteres teori, forskning og våre praksiserfaringer opp i mot hverandre. Til slutt presenterer vi en konklusjon der vi oppsummerer, og besvarer vår problemstilling. Det foreligger også en litteraturliste hvor vi følger skolens reglement om APA-standard. Til slutt kommer vedlegg og et sammendrag av vår oppgave.

2.0 Metode

Metoden som benyttes i besvarelsen er en litteraturstudie, som er basert på selvvalgt litteratur, pensumlitteratur, kvalitetssikrede databaser og forskning om temaet. I oppgaven kommer også våre egne erfaringer til syne. I følge Dalland (2012) er litteraturstudie en grundig gjennomgang av litteratur som er valgt i forhold til besvarelse av problemstillingen. En slik metode kan ha en kvantitativ eller kvalitativ tilnærming. Kvantitativ metode tallfester gitt informasjon, slik at vi kan utføre beregninger i form av prosenter og gjennomsnitt. Kvalitativ metode innebærer å avdekke meninger og opplevelser som ikke kan måles i form av tall (Dalland, 2012).

2.1 Presentasjon av litteratur og valg av kilder

Før vi startet litteratursøkingen, utviklet vi to skjemaer som aktivt ble brukt under søkingen. Det ene er et standardisert PICO skjema, som vi brukte i forberedelse/underveis for å kunne søke frem gode og relevante artikler. Det andre skjemaet (søkeskjema for forskning) brukte vi for gjennomgang av forskningen vi fant. Der gjennomgikk vi svakheter, styrker og relevans til vårt tema. Disse er vedlagt som vedlegg 1(Pico skjema) og vedlegg 2 (søkeskjema for forskning). Temaene vi ville finne litteratur om var demens, delirium, hoftebrudd, holdninger og god omsorg. For å begrense søket hadde vi kriterier som utgivelsesår, språk (helst norsk eller engelsk), tema, relevans, hvilke organisasjon som gav ut artikkelen og databaser. Vi ønsket nyere forskning, og satte begrensingen fra 2008. Totalt etter søkingen hadde vi 15 forskningsartikler. Disse ble valgt ut etter temaet for vår oppgave, tema for forskningen, språk og utgivelsesår. Etter hvert som denne oppgaven har tatt form, ble 6 artikler valg og brukt. Ordnett.no og Google Translate er benyttet for å oversette engelske artikler. Vi har vært kritiske i bruken, og benyttet dette kun for å få en oversikt i essensen av forskningen. Studiene vi har sett på er ”review article”, ”critical discourse analysis”, ”systematic review” og ”qualitative perspective”. Forskningen som er valgt og presentert inneholder både primær og sekundærstudier. Av offentlige dokumenter har vi benyttet Demensplanen (2007) utgitt av Helse og Omsorgsdirektoratet.

Ved sitat, kommer det ”p” fram i parentes siden vi har brukt et innebygget APA-system. Dette står for ”page”, hvor det på norsk ville stått ”s” for side. Skriveprogrammet (word) på vår mac er på engelsk og vi får ikke endret dette. I tillegg tillater ikke skriveprogrammet å

fjerne sidetall, slik at det fremkommer sidetall i forordet, innholdsfortegnelsen og vedleggene. I oppgaven bruker vi både ordene student og sykepleierstudent om hverandre. Selvvalgt litteratur merkes med stjerne (*) i litteraturlisten.

2.2 Databaser og artikkelsøk

Vi fikk hjelp fra bibliotekar i søk av artikler og bistand med å finne gode søkeord. Databaser som vi har brukt er Cinahl, Cochrane library, Evidence-based nursing, Google scholar, Ebsco Host, Sykepleien.no og Oria. De engelske søkeordene vi har brukt er: Dementia, delirium, hospital, nursing care, safety, Delir with dementia, patients, Nursing or care for, Patient care og After Hip fracture. De norske ordene som har blitt brukt er: sykepleie, omsorg, forebygge. Vi brukte ordene både i kombinasjoner og alene. Søkestrategi i form av Pico-skjema ble brukt så vi fikk en strukturert søkehistorie, som gjorde det lett å søke dem opp igjen.

2.3 Kildekritikk

I følge Dalland (2012) anvendes kildekritikk for å avgjøre om litteratur er sann. En viktig vurdering er om litteraturen kan belyse eller besvare det en ønsker å svare på i oppgaven, relatert til problemstilling. Vi som skriver er også en kilde, og har valgt å presentere praksiseksempler som vi mener er relevante for besvarelsen av oppgaven.

Pensumlitteratur som er brukt i oppgaven har vi vurdert som gode, siden dette er anbefalt litteratur fra skolen. Ved selvvalgt litteratur, har vi benyttet oss av høgskolens bibliotek, hjelp fra bibliotekar og litteraturanbefalinger fra veileder. I oppgavebesvarelsen har vi valgt å benytte både primærkilder og sekundærkilder. Primærkilde er litteratur skrevet av den opprinnelige forfatteren, mens hos sekundærkilden har en annen forfatter bearbeidet og fortolket den opprinnelige litteraturen (Dalland, 2012). Siden primærkilde er en sterkere kilde, har vi prøv å bruke det mest mulig. Sekundærkildene har blitt benyttet i forhold til Kari Martinsen og Tom Kitwood. Dette kan være en svakhet siden teksten har blitt fortolket av en annen forfatter.

I utgangspunktet har vi en ti års(etter 2004) begrensning til litteraturvalg, da vi mener dette er oppdaterte og gyldige kilder. Det er benyttet fem bøker som er eldre enn dette, hvor de fleste omhandler teoretikerne Kari Martinsen og Tom Kitwood. For å beskrive Kari Martinsens omsorgsfilosofi ble blant annet sekundærkildene Austgard (2002) og Gjengedal (2000)

anvendt, og primærkilden Martinsen (2003), hvor hun selv er forfatter. Kitwood (1999) er skrevet av Tom Kitwood, og vi beregner da denne som en gyldig kilde i beskrivelse av hans omsorgstenkning. Karoliussen (1997) ble beregnet som gyldig etter samtale med veileder, da den tidligere har vært pensumlitteratur i sykepleierutdannelsen. Vi har valgt å bruke de eldre kildene på bakgrunn av at innholdet er av høy verdi.

Ved hver kilde så har vi veid den opp i mot relevans til oppgaven og problemstillingen, undersøkt hvem den er beregnet for/til og hvem som er forfattere.

Artiklene ble utvalgt på bakgrunn av overskrift, innholdet i sammendraget, våre selvvalgte kriterier(nevnt ovenfor) og at de finnes i fulltekst i brukte databasene.

I bedømmelse av gyldighet av forskningsartikler, ble disse valgt ut i samråd med bibliotekar.

3.0 Teoretisk referanseramme

I dette kapitlet beskrives teorien til Kari Martinsen og Tom Kitwood. Her presenteres teoretiske perspektiver og sentrale begreper som er relevant i henhold til besvarelsen av vår problemstilling. I oppgaven bruker vi begrep som blant annet god omsorg. Kari Martinsens omsorgstenkning bygger på omsorg, tillit, etikk og nestekjærlighet (Austgard, 2002). I forhold til presentasjon av god omsorg i vår oppgave, mener vi at trygghet ligger i god omsorg. Tom Kitwood (1999) representerer begrepet personsentrert omsorg og er derfor svært aktuell i forhold til vår problemstilling. Kitwood mente det var viktig å se hele mennesket bak sykdommen, og handle bevisst deretter. Han tar opp viktige elementer som bl.a. holdninger, som vi faglig sett mener er viktig blir belyst.

3.1 Kari Martinsens omsorgstenkning

Omsorg, tillit og etikk er viktige faktorer i Martinsens sykepleieteori. Hennes omsorgstenkning bygger på et menneskesyn som betoner seg ut ifra fellesskapet (Kristoffersen, 2005). Hun har brukt mye av den danske teologen og filosofen Knud E. Løgstrups tenkning i sin sykepleieteori. I følge Løgstrup i Austgard (2002) er omsorg for vår neste en av de grunnleggende prinsippene vi ikke vil klare oss uten. Han beskriver at omsorgen ligger i nestekjærligheten og bruker dette som en etisk appell, hvor vi må ta vare på våre medmenneskers liv fordi de ligger i våre hender. Han mener altså at omsorg handler om at vi hele tiden skal handle ut ifra hva som er best for den andre (Austgard, 2002). Sykepleieren mottar denne appellen, og oppmerksomheten og følelsene hun har overføres til pasienten sier Martinsen i Austgard (2002). Hun beskriver nestekjærlighet som en spontan følelse rettet mot et annet menneske, som skal være en uegennyttig følelse. Med dette mener vi at det skal være til nytte for pasienten uten at det er noen baktanker fra en selv (Austgard, 2002).

Martinsen bruker begreper som ”bekymre seg for”, ”vise omtanke for”, ”ta hensyn til”, og ”hjelp” som sentrale begrep i sykepleieomsorgen (Alsvåg, 2006). Hun mener det er et faktum at menneskene er avhengig av hverandre. Og ved at et menneske kommer i en situasjon hvor man trenger hjelp som for eksempel sykdom, skade, eller funksjonstap, så vil dette komme tydelig til syne (Kristoffersen, 2005).

I boken "Fra Marx til Løgstrup"(2003), skriver Kari Martinsen blant annet om at den erfarne og praktisk dyktige sykepleieren kommer til syne gjennom at hun kobler teori og prosedyrer med gode holdninger. Hun formidler her at man må være åpen for ikke bare å se det alminnelige, normale og vanlige som finnes hos alle, men å "se" det som er annerledes og spesielt hos den enkelte. Videre hevder Martinsen (2003) at det spesielle kan kun sees på bakgrunn av den normale.

I tillegg til den erfaring og kunnskap pleieren har som medmenneske, har hun sine fagkunnskaper som kan gjøre henne enda bedre i stand til "å sørge for" den syke- lindre hans smerter, vaske kroppen, gi ham mat – K. Martinsen 1989 (Alsvåg, 2006, p. 69).

Kari Martinsens tekning i forhold til ansvaret for den svake, kan knyttes opp i mot den barmhjertige samaritan fra bibelen. Dette viser omsorg som i en praktisk forståelse. Du stiller ikke utenfor, men deltar praktisk i lidelsen til den syke og yter denne hjelpen uten å forvente noe tilbake (Brodtkorb, 2011).

I følge Martinsen i Brodtkorb (2011) kan en på grunn av sine kunnskaper og stilling som sykepleier, ha stor makt i forhold til pasienten. Hun mener at pasienten er fullstendig prisgitt sykepleieren i den følsomme og utsatte situasjonen pasienten er i, og at den makten og kunnskapen sykepleieren befatter seg med blir brukt på en moralsk trygg måte. Martinsen tar avstand fra holdninger og handlinger som er preget av formynderi, da hun mener dette ikke står i samsvar med omsorg (Brodtkorb, 2011).

"Makten kan brukes til å frigjøre den andres livsressurser, men også til å sette den andre fast i et undertrykkingsforhold", sier Martinsen (Alsvåg, 2006, p. 70). Hennes mening er at makten må utnyttes på en slik måte at omsorg og rett pleie til pasienten blir en virkelighet. Mangler man mot til å utnytte den makten man har med sin profesjon, kan virkeligheten av omsorgen utebli (Alsvåg, 2006).

Omsorg og faglige skjønn er viktige faktorer Kari Martinsen reflekterer over. Hennes mening er at disse faktorene får en til å være mer tilgjengelig for at tillit, barmhjertelighet, kjærighet og åpenhet oppleves i livet. Pasienten kan oppleve disse livsytringene i møte med sykepleieren (Alsvåg, 2006).

Omsorgen kan være en viktig faktor for oppnåelse av tillit og åpenhet i relasjonen mellom pasient og sykepleier. Ved å gi omsorg kan pasienten føle både kjærlighet og barmhjertighet, og det kan være med på å fremme håp (Alsvåg, 2006). Martinsen i Kristoffersen (2005) presiserer at omsorg er et mål i seg selv. Dette ved at man i pleiesituasjoner har som hensikt i å gjøre det best mulig for pasienten i den enkeltes situasjon her-og-nå. Omsorgens hensikt er å bedre pasientens velvære, øke livsmotet og få frem de helsefremmende kreftene.

Martinsen fremstiller det faglige skjønnnet som en kunst i sykepleien.

Skjønnnet stiller sykepleieren åpen for sansingen og for å ta vare på det sanselige i uttrykkene. Dette vil jeg kalle kunst i sykepleien. Eller rettere sagt kunsthåndverk, da sykepleie er et praktisk fag. (Austgard, 2002)

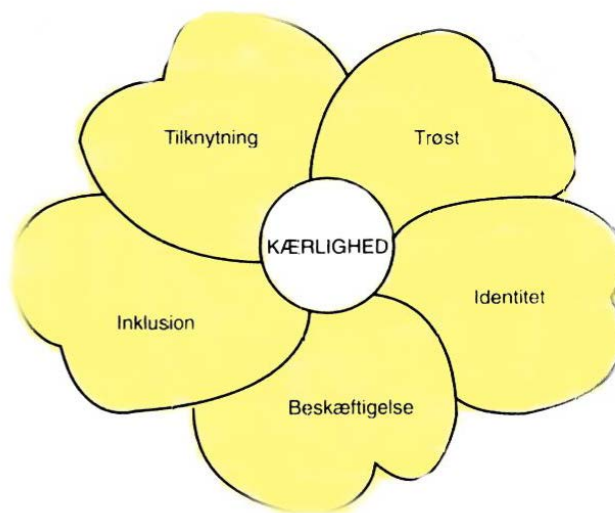
Hun mener at det er et kunststykke i den forstand at sykepleieren tar tak i noe vesentlig som man ikke klarer å få fatt i ellers. Sykepleieren prøver å oppfatte pasientens stemthet og berørhet ved å bruke sine sanser. Viktigheten her er at sykepleieren klarer å opprettholde det inntrykket hun har mottatt fra pasienten, for så å klare å uttrykke det på en slik måte at intensiteten fortsatt er sikret (Austgard, 2002). Løgstrup i Austgard (2002) kaller stemtheten som lever i sinnet til mennesket for ”sangbund”. Klarer sykepleieren å opprettholde det stemte uttrykket vil hun bevare sangbunnen i pasienten forklarer Martinsen i Austgard (2002).

3.2 Tom Kitwoods teori om personsentrert omsorg

Brooker (2013) beskriver Tom Kitwood som en pioner når det kommer til hans arbeid innenfor demensomsorgen. Han utviklet personsentrert omsorg som ett nytt begrep. Meningen med dette begrepet var at ideer og arbeidsmetoder i forhold til kommunikasjon og relasjoner innenfor demensomsorgen, skulle kombineres. Med dette tok Tom Kitwood utgangspunkt i Carl Rogers psykoterapi, som bygget på autentisk kontakt og kommunikasjon (Brooker, 2013). Med sin tenkning, ønsket Tom Kitwood å endre de gamle pleieverdiene innenfor helsevesenet, slik at pasienter med demens beholdt sin identitet og verdighet. I følge Kitwood (1999) hadde pleiepersonellets verdier og holdninger tradisjonelt sett vektlagt sykdommen og funksjonssvikten, framfor å se personen bak selve sykdommen.

Tom Kitwood brukte begrepet ondartet sosialpsykologi som en samlebetegnelse for de ulike handlingene innenfor omsorgsmiljøet, som var med på å skade ett menneskets personverd. Disse handlingene blir ikke utført som følger av onde motiver, men på grunn av ubevisste pleietradisjoner. Dette kommer til syne da en nyansatt mest sannsynlig følger i samme "fotspor" som den man lærte det av, i pleie og omsorg til pasienten. På grunn av dette fenomenet, spres ofte nedverdiggende holdninger og tilnærmingsmetoder seg raskt innenfor helsevesenet (Kitwood, 1999).

Tom Kitwood (1999) skisserte en blomst med fem kronblader, som skal symboliserer de viktigste psykologiske behovene en person med demens har. Disse fem kronbladene overlapper hverandre og samles i det altomfattende behovet; Kjærlighet. Kronbladene symboliserer trøst, tilknytning, inklusjon, beskjeftigelse og identitet. Ved å møte ett av disse behovene, vil det i en viss grad medføre til at de andre også blir møtt (Kitwood, 1999).



Figur.1.1 De viktigste psykologiske behov hos folk med demens. (Kitwood, 1999, p. 90)

Det kan antas at disse behovene finnes hos alle mennesker, men er mer åpenbare hos personer med demens. Disse menneskene er mer sårbare og er i mindre stand til å ta initiativet som skal til for å få dekket disse behovene. Hos den enkelte vil behovsmønsteret variere ut fra personlighet og deres livshistorie, men det fremtredende behovet vil kunne intensiveres etter hvert som demenssykdommen progredierer (Kitwood, 1999).

Behovet for *trøst* kan bestå av ømhet, nærvær, lindring av smerte og sorg, og det å føle seg trygg og beroliget av andres nærvær. Personer som lider av en demenslidelse, vil mest sannsynligvis ha et større behov for trøst, da de til stadighet må forholde seg til tapsfølelser. Dette kan være med på å skape utagerende adferd, og da er det essensielt med nærvær og en-

til-en kontakt.” At trøste et annet menneske er at sørge for at den varme og styrke, som kan sette vedkommende i stand til at holde sammen på helhet, når denne er i fare for at bryde sammen” (Kitwood, 1999, p. 90).

Tilknytning som behov, handler om opplevelsen av tilhørighet, og kommer tydelig fram i hvordan vi mennesker skaper følelsesmessige bånd eller tilknytninger. Menneskers behov for tilknytning er ett universal fenomen, som er med på å skape en trygghetsfølelse. Tap av en primær tilknytning undergraver denne trygghetsfølelsen, og hvis mange av disse følelsesmessige båndene brytes for tidlig, kan virkningen være ødeleggende (Kitwood, 1999).

Inklusjon er et behov vi alle har, som kommer av vårt menneskelige sosiale natur av å føle tilhørighet. Blir ikke dette behovet møtt, er det sannsynlig at personen vil trekke seg tilbake og isolere seg. Hvis en person med demens som føler seg isolert, kan dette fremkalle utagerende atferd. I følge Tom Kitwood (1999) er det viktig for personer med demens, at inklusjonsbehovet blir møtt. På denne måten får de mulighet til en større utfoldelse, en følelse av å være delaktig og ha en plass i fellesskapet sier Kitwood.

Det å være involvert i livsprosesser som av personlig betydning ved å bruke ens evner og ressurser som er til rådighet, er hva *beskjeftigelse* omhandler. Det er i barndommen et barn erfarer hva dette behovet er, da de erfarer følelser av å få respons fra andre ved å sette i gang ulike hendelser. Fratas et menneske disse mulighetene, vil deres evner og ressurser falme og selvfølelsen vil brytes ned. Tilstander som kjedsomhet, apati og nyttigløshet representerer det motsatte av beskjeftigelse. Hos personer som lever med demens, er dette behovet fortsatt tilstedeværende, og det kan til uttrykk i form av at de ønsker å være til nytte. For å kunne oppfylle dette behovet hos personer med demens uten å påtvinge falske løsninger, krever det kreativitet og faglig dyktighet (Kitwood, 1999).

Tom Kitwood definerer *identitet* som ”at have en identitet er at vite, hvem man er, kognitivt og følelsesmessig” (Kitwood, 1999, p. 92). Det betyr altså å ha en følelse av sammenheng med fortiden og dermed en narrativ beskrivelse av seg selv å presentere for andre (Kitwood, 1999).

Ved en kognitiv svekkelse kan dette innebære at man mister en del av sin identitet, og at det er vanskeligere å ta fatt i muligheter som skal til for å kunne opprettholde den (Dieserud, 2014). Det handler det om på en eller annen måte å forme en sammenheng ut fra deres

tidligere roller i livet, deres nåværende rolle og liv. Hvordan et menneske skaper sin identitet er unik, men til en viss grad kan man også få tildelt en av andre. For personen med demens, er det mye vi kan bidra med for at de skal kunne opprettholde sin identitet. I følge Tom Kitwood (1999) er det to forhold som må tas hensyn til: erkjenne personenes livshistorie, vise empati og anerkjenne at vedkommendes eksistens er enestående (Kitwood, 1999).

3.3 Etikk

I dette kapitlet presenteres etikkens teori, med begreper som er aktuelle i besvarelsen av problemstillingen. Noen av disse begrepene er integritet, relasjoner, nærhetsetikk, dydsetikk og holdninger.

I følge Sneltvedt og yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (2012) er etikken fundamentet i all sykepleieutøvelsen.

Grunnlag for all sykepleie skal være respekten for den enkelte menneskets liv og iboende verdighet.

Sykepleie skal bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene, og være kunnskapsbasert (Sneltvedt, 2012, p. 112).

Ivaretagelse av integriteten til den gamle, skrøpelige og syke pasientene kan være en utfordring, men svært essensielt i sykepleien. Et viktig område innenfor sykepleie er derfor å fremme den gamle syke pasients integritet. For at sykepleieren skal ha mulighet til å utføre et integritetsbevarende arbeid, er god relasjon mellom pasient og sykepleier en forutsetning (Kirkevold, 2010).

I følge Andersson i Kirkevold (2010) har pasienten krav på individuell sykepleie. Som profesjonell yrkesutøver skal sykepleieren være omsorgsfull og genuint interessert i den enkelte pasient situasjon. Det er allikevel varierende ønsker fra pasientene for inkludering av sykepleier, ut ifra pasientens behov og evner.

Det å kunne sette seg inn i pasientens opplevelse av situasjonen, forutsetter sykepleierens evne til empati. Ved at sykepleieren stiller seg følelsesmessig mer tilgjengelig, får hun større forutsetninger til å forstå pasientens opplevelser. Dette gir henne bedre innsikt i hvilke muligheter som kan være til hjelp for pasienten (Sneltvedt, 2012).

Vetlesen (1996) skriver

”Nærhetsetikk er ingen enhetlig retning innenfor etikken. Det er en tilnærming til moralske fenomener og moralsk praksis som setter *jeg-du*-forholdet i sentrum” (Brinchmann, 2012, p. 118).

Det samarbeidet som utspiller seg mellom to ulike personer, er hovedprinsippet som nærhetsetikken bygger på. Et annet essensielt prinsipp innenfor nærhetsetikken er at man ikke bare skal følge normer eller regler, men å vise en forståelse av situasjonen. Løgstrup i Brinchmann (2012) beskriver plikter, normer og regler som noe vi kan støtte oss til i situasjoner som kan være utfordrende og krevende. Han sammenligner dette med bruk av krykker. Hvis krykkene blir for upraktisk å bruke, vil de være mer i veien enn til hjelp. Knut Ejler Løgstrups teori innenfor etikken, grunner i menneskets virkelighetserfaring. Han mener at det å være et menneske fører med seg noen grunnleggende fenomener, som han beskriver som spontane livsytringer. Tillit, medlidenhet, barmhjertelighet og håp, er eksempler på noen av disse livsytringene (Brinchmann, 2012).

Holdninger og dyder vil alltid være essensielt i vår yrkesutøvelse av sykepleie.

Den gode sykepleieren har tilegnet seg moralske dyder og evnen til rett situasjonsforståelse. Dette gjør at hun er følsom og oppmerksom på pasientens behov i en hver situasjon (Brinchmann, 2012).

Brinchmann (2012) skriver: ”Bare med sine holdninger kan sykepleieren gjøre livet levelig eller ulevelig, mulig eller umulig for pasienten” (pp. 126-127).

3.4 Holdninger

Holdning er en innstilling, som innebærer at man reagerer på en bestemt måte i en bestemt situasjon. Det kan komme til syne i hvordan en reagerer i forhold til enkelte mennesker eller omstendigheter. Holdningene tar utgangspunkt i ens meninger, følelser, egne erfaringer og kunnskap. Disse er med på å påvirke våre sosiale samhandlinger og vår atferd (Schilling, 2004). Våre holdninger påvirker vår atferd, men det motsatte er også tilfelle. Gjentatte atferdstendenser er også med på å påvirke våre handlinger (Brinchmann, 2012).

3.5 Demens

Vi har valgt å skrive om demens generelt og deretter Alzheimer spesielt, fordi dette er demenssykdommen med høyest forekomst. Deretter presenterer vi tilstanden delirium.

Demens er en fellesnevner for mange forskjellige tilstander for sykdom i hjernen, som karakteriseres med en kognitiv svikt som ikke kan kureres. Det innebærer blant annet svikt i utførelse av de daglige aktiviteter, sammenlignet med hva som ble utført tidligere, og med en endring i den sosiale adferden (Engedal & Haugen, 2009).

For at begrepet demens skal kunne brukes, må det bestandig være en svekket hukommelse tilstede hos personen, samt at personens svikt i utførelse av ADL(aktiviteter i dagliglivet) kan kobles til hukommelsessvikten. I tillegg til dette må det kunne konstateres eller antas at det finnes en organisk svikt i hjernen som er grunnen til demenstilstanden (Engedal & Haugen, 2009).

Det er laget ulike internasjonale klassifiseringssystemer for å definere Demens. I Norge brukes det et klassifiseringssystem som kalles ICDU (International Classification of Diseases and Related Health Problems) (Engedal & Haugen, 2009).

I følge Helsedirektoratets tall hadde ca. 70.000 personer i Norge en demenssykdom i 2011. Deres undersøkelser tilsier at befolkningen blir eldre i Norge. Dette medfører flere antall personer med demens, og innen 2040 derfor vil være ca.135.000 personer med demens i Norge (Helsedirektoratet, 2014).

For at hukommelse og intellektuelle funksjoner skal være fungere optimalt, er det spesielle områder i hjernen som må være intakt. Ved skade på i disse områdene , skjer en svikt i bearbeidelsen av informasjon som fører til demens. Områder i hjernen som kan føre til demens ved skader, er blant annet Hippokampus, talamus, og storehjernens tinninglapper , samt skader i isselappen og pannelappen (Engedal & Haugen, 2009).

Man kan dele de forskjellige demenssykdommene inn i tre. 1: Degenaritive hjernesykdommer, med blant annet Alzheimers sykdom . 2: Vaskulær demens, hvor sykdommen skjer i hjernens blodårer. 3: Sekundær demens, som er følge av helt andre sykdommer, som for eksempel ubehandlet alvorlig B12-mangel, svulster, langvarig alkoholforbruk (Berentsen, 2010).

3.5.1 Alzheimers sykdom

Den vanligste formen for demens er Alzheimers sykdom. Ut ifra undersøkelser så viser det seg at minst 60 % av de som har demens, lider av Alzheimers (Engedal & Haugen, 2009).

Vaskulær demens, som regnes som den nest hyppigste, sees angivelig sett en del i kombinasjon med Alzheimers sykdom. Tar vi med denne kombinasjonen kan da andelen av Alzheimers sykdom komme på over 70 % (Engedal, 2006).

De mest fremtredende anatomiske funn ved Alzheimers sykdom sees spesielt i storehjernen. Det oppstår atrofi (skrumping) av hjernens funksjon på grunn av celledød. Dette er forårsaket av en kombinasjon med nevrofibrillære floker inne i cellen (nervefibre som tvinner seg sammen) og senile plakk (avleiringer) utenfor cellen. Hippocampus er alltid skadet ved denne sykdommen, men man kan se at temporallappen (tinninglappen) og parietallappen (issetappen) er mest utsatt for skadene ved Alzheimers sykdom med tidlig debut, og ved sen debut, er det i tillegg til disse områdene frontallappen som er spesielt utsatt (Engedal & Haugen, 2009).

I tillegg til de anatomiske forandringene i hjernen, kan man også se nevrokjemiske forandringer ved Alzheimers sykdom. Dette blant annet ved signalsubstanser som blir redusert. Ved reduksjon av disse signalsubstansene medfører saktere overføring av impulser. Når deler av hjernen blir rammet av Alzheimers sykdom hvor disse signalsubstansene dannes, reduseres sirkulasjonen av disse substansene. Ved for eksempel begrenset sirkulerende mengde av signalsubstansen Acetylcholin, kan medføre svikt i oppmerksomhet, hukommelse og eventuelle hallusinasjoner (Engedal & Haugen, 2009).

Alzheimers sykdom kan forekomme hos både yngre (under 65 år) og eldre mennesker (over 65 år). Ulikhetene er at symptomene er tydeligere og omfattende hos de yngre enn de eldre, samtidig som de får nedsatt språkevne, stor svikt i sin hukommelse og handlingsevne. Sykdommen utvikler seg derimot mye langsommere hos de over 65 år, hvor hovedproblemet ligger i hukommelsesevnen i en lang periode før de eventuelle andre symptomene finner sted (Berentsen, 2010).

I startfasen av Alzheimers sykdom kan det kliniske bilde variere stort fra person til person. Dette fordi det i utgangspunktet kan være store ulikheter i forhold til mestringsevne og forskjellige personligheter til de som blir rammet av sykdommen. Symptomene blir derimot mer like etter hvert som sykdommen utvikler seg og det kan være vanskelig å oppdage

Alzheimers sykdom i en tidlig fase. Sykdommen kan komme smygende uten noen klare tegn før den progredierer i rask hastighet inntil pasienten er fullstendig hjelpeløs. Hele utviklingstiden for Alzheimers sykdom kan variere fra person til person, men man har regnet ut en normal utviklingstid på 7-10 år (Engedal, 2006).

3.5.1.1 Symptomer

Symptomer på Alzheimers sykdom kan variere, men de vanligste finner vi blant de kognitive symptomene, psykiske og atferdssymptomene, og de motoriske symptomene (Engedal, 2006).

Symptomer som hukommelsessvikt foreligger ofte hos personer med alzheimers sykdom, hvor korttidshukommelsen vanligvis svikter først. Det vil si at minner fra nyere tid blir borte fra hukommelsen. Etter hvert som sykdommen utvikler seg, blir hendelser som har skjedd for lengre tid tilbake også borte fra hukommelsen (Berentsen, 2010).

Når det gjelder språkfunksjonen, er det ofte leting etter ord som er mest fremtredende i den tidlige fasen hos personer med Alzheimers sykdom. Det er spesielt ord som er lite brukt i det daglige som kan være vanskelig å komme på. Pasienten kan da i noen tilfeller prøve å beskrive hva gjenstanden han skal komme frem til skal brukes til. Som for eksempel, ”Nøtteknekkeren erstattes med : ”en slik en kan knekke disse med ” (Engedal & Haugen, 2009, p. 82). Personer med Alzheimers kan ha en impulsiv samtale, men fortellingen kan ofte være usammenhengende. Nedsatt orienteringsevne i forhold til tid kommer tidlig, mens nedsatt orienteringsevne når det gjelder sted og situasjon vil inntre etter hvert som sykdommen progredierer. (Engedal & Haugen, 2009).

Ved alvorlig grad av Alzheimers sykdom vil man også kunne se svikt i personens romoppfatning, i form av agnosi, apraksi og store atferdssymptomer (Berentsen, 2010). Selv om utviklingen og symptomene på Alzheimers sykdom er gjenkjennelige, må vi huske at det kan være store individuelle forskjeller (Engedal & Haugen, 2009).

3.5.1.2 Diagnostikk

For diagnostisere en pasient med Alzheimers sykdom må man foreta diverse undersøkelser, hvor det kliniske arbeidet er veldig viktig for utredningen. Denne prosessen er delt opp i tre,

hvor man først og fremst innhenter opplysninger fra pårørende og pasienten selv i forhold til pasientens sykehistorie. Man bruker evalueringsskjemaer for å måle pasientens kognitive evne, og som vurderer hans evner i ADL, og hans atferd. I tillegg evalueres pasientens kognitive evner og atferd ved å utføre en nevropsykologisk test, som noen ganger kan foregå med praktiske funksjonstester. Et screeningsinstrument som er mye brukt i Norge for å avdekke om pasientens grad av demens er MMS. (Mini Mental Status -intervju). For å utelukke andre sykdommer enn Alzheimers, må man også igjennom en somatisk undersøkelse, hvor man ser på hjerte-kar status, og den nevrologiske statusen hos pasienten. For å utelukke andre somatiske sykdommer som kan føre til kognitiv svikt, tar man også diverse blodprøver. I tillegg er det også viktig med en psykiatrisk vurdering av pasienten. Dette blant annet med tanke på depresjon og demens i en tidlig fase har like symptomer, og kan ligne hverandre. I den siste delen av undersøkelsesprosessen foretas eventuelt en bildediagnostikk (Engedal, 2006).

3.5.1.3 Behandling

Alzheimers sykdom er en degenerativ demenssykdom. Det vil si at det ikke finnes behandling som kan helbrede denne sykdommen (eller andre former for demens). Man kan få legemidler som lindrer symptomene, men de vil aldri helbrede sykdommen. Disse legemidlene er mest effektive i et tidlig stadium av sykdommen. Legemidlene kan allikevel være et godt støttende bidrag i en periode for både pasient og pårørende (Engedal, 2006).

Tilrettelegging av livssituasjon og miljø, sammen med god omsorg menes å være tiltak som kan hjelpe personen med Alzheimers sykdom og hans pårørende best (Engedal, 2006).

Aggressiv atferd kan forekomme i ulike situasjoner hos personer med Alzheimers sykdom og behandlingsmessig kan dette være en utfordring. Man har allikevel konstatert at de fleste tilfellene med aggressivitet hos personer med en demens sykdom skjer når personer med denne sykdommen skal måtte samarbeide med andre, som for eksempel pårørende, helsepersonell, medpasienter, eller det fysiske miljøet. For å klare å behandle /hjelpe pasienten er det viktig med en grundig kartlegging. Her måles hyppigheten av adferden og i hvilke situasjoner denne aggressive atferden oppstår. Man kan da ha en mulighet til å forstå personens handlingsmønster, og tilrettelegge forholdene slik at handlingsmønsteret brytes (Engedal, 2006).

I følge Engedal og Haugen (2009) er det viktig for personer med Alzheimers sykdom å bli møtt med forståelse fra både helsepersonell og pårørende. De mener dette har stor betydning for pasientens livskvalitet. At både pårørende og helsepersonell har gode fagkunnskaper om sykdommen og dens utvikling er derfor essensielt (Engedal & Haugen, 2009).

3.6 Delirium

Pasienter med akutt og eller alvorlig sykdom eller skade, kan ved fysiske og psykiske belastninger oppleve en tilstand med akutt forvirring som kalles delirium, også kalt delir. Delirium defineres som "...et transitorisk globalt hjernesyndrom som er kjennetegnet ved svikt av kognitive evner og oppmerksomhet samt forstyrret psykomotorisk atferd og forstyrret søvn/våken rytme" (Engedal & Haugen, 2009, p. 152).

Delirium kan ramme hvem som helst, men personer med demens er spesielt utsatt.

Forekomsten av delirium øker med alder over 70 år, økt skrøpelighet, kognitiv svekkelse, (Stubbrud, 2011). I følge Caraceni og Grassi (2011) kan delirium ramme opp til 60 % av de eldre skrøpelige sykehuspasientene. Blant de med en kognitiv svekkelse kan opp til 45 % utvikle delirium.

I følge Stubberud (2011) er delirium en tilstand som ofte blir oversett eller feildiagnostisert som demens. Dette fordi delirium og demens i mange tilfeller vil opptre samtidig. En av årsakene til feildiagnostiseringen, er at tilstanden er svært lik demens i det kognitive aspekt. Forskjellen ligger i at delirium oppstår akutt i forbindelse med sykdom og skade. Tilstanden har et svingende forløp og er reversibel (Ranhoff, 2010). Demenssykdommen derimot, er en kronisk tilstand som ikke lar seg helbrede (Stubberud, 2011). I begynnerstadiet i demenssykdommen viser pasienten våkenhet og oppmerksomhet, mens ved delirium viser pasienten redusert oppmerksomhet til omgivelsene og endringer i bevissthetsnivå. Den deliriske pasientens kognitive svikt er svingene, mens hos pasienten med demens er den som regel stabil (Raskind, Bonner, & Peskind, 2007).

3.6.1 Årsaker

Årsakene bak den akutte tilstanden er sammensatt og er fortsatt ikke fullstendig kartlagt (Stubberud, 2011).

I store deler av forskning som er foretatt innenfor delirium, er det enighet i at endringene som skjer i hjernen ved aldring, forekomsten av demens og delirium deler noen grunnleggende patofysiologiske mekanismer. Hvilke type demenssykdom pasienten har, er vesentlig i forhold til utviklingen av delirium (Caraceni & Grassi, 2011). Caraceni og Grassi (2011) beskriver et studie hvor forholdene mellom de ulike demenssykdommer og risikoen for utvikling av delirium. Her avdekkes høyere forekomst av delirium hos pasienter med vaskulær demens og Alzheimer med senere debut, enn hos de med Alzheimer med tidlig debut og frontal-lapp- demens.

3.6.2 Risikofaktorer

Hos mange av pasientene vil det være vanskelig å fastsette en eksakt årsak. Årsaksfaktorene deles inn i predisponeringsfaktorer og utløsende faktorer, og det menes at delirium oppstår ved kombinasjon av disse to risikogruppene (Stubberud, 2011).

Predisponerende faktorer er faktorer som eksisterer før pasienten innlegges på sykehus, som fører til at pasienten er mer utsatt for delirium. De predisponerende faktorene beskriver pasientens sårbarhet, og desto mer sårbar pasienten er, desto mindre skal til for å forårsake delirium. Faktorer kan eksempelvis være høy alder, demens, nedsatt syn og hørsel, kroniske sykdommer, underernæring, tidligere hjerneskade og psykiske lidelser (Stubberud, 2011).

Utløsende faktorer er fysiske, psykiske og miljømessige hendelser som oppstår i løpet av behandlingen av pasienten. De fysiske faktorene regnes for å være de viktigste utløsende årsakene når det kommer til utvikling av delir. Fysiologiske symptomer som påvirker det sentrale nervesystemet oppstår som følger av komplikasjoner ved akutt sykdom, skade og medisinsk behandling. Når hjernens evne til å tolke og bearbeide informasjon blir svekket, er pasienten utsatt for delirium. Eksempel på disse faktorene kan være kirurgi, smerte, søvnmangel, elektrolyttforstyrrelse og dehydrering, infeksjoner, generell anestesi og legemidler (Stubberud, 2011).

Psykologiske og miljømessige belastninger som kan oppleves ved akutt sykdom og sykehusinnleggelse kan medføre økning av stresshormoner. Ved stress utskilles hormonet kortisol som medfører hormonforstyrrelser. Dette øker risikoen for utvikling av delirium (Engedal & Haugen, 2009).

3.6.3 Symptomer

Delirium kan oppstå i løpet av alt fra timer, over noen få dager eller til uker. Det er en forbigående tilstand som oftest er av kort varighet, men den kan også være residiv.

Særpregede symptomer til tilstanden er endringer i pasientens bevissthetsnivå, hukommelse, konsentrasjon, desorientering, språkforstyrrelser eller utvikling av persepsjonsforstyrrelser. (Stubberud, 2011).

Stress er en subjektiv følelse og det er vanskelig å konstatere hvilke følelser pasienten vil oppleve. Pasienten kan oppleve angst, utrygghet, avhumanisering, fremmedgjøring, isolasjon og sårbarhet. Avhumanisering er når pasienten blir tingliggjort og blir mer et objekt enn et menneske. Dette kan komme av redusert autonomi (Stubberud, 2011). Pasienten kan oppleve at den akutte lidelsen ikke stemmer overens med pasientens bilde av seg selv og får en fornemmelse av fremmedgjøring (Stubberud, 2011). Pasienter som får delirium, vil endre atferd med nedsatt kognitiv funksjon og humør. Evnen til å rasjonelt forklare seg blir nedsatt og pasienten vil da få psykoselignende symptomer (Engedal & Haugen, 2009).

3.6.4 Forløp

Dag Gunnar Stubberud (2011) beskriver at pasientens atferd i en delirisk tilstand kan deles inn i hyperaktiv, hypoaktiv eller en kombinasjon av begge. Ved hyperaktiv atferd er pasienten utagerende, aggressiv og det er vanskelig å samarbeide med han. Pasienten kan ofte ses vandrende og ha tendenser til å være motorisk urolig. Dette kan for eksempel utløse selvseponere av innlagt urinkateter, PVK (perifert venekateter) og CVK(sentralt venekateter). Hypoaktiv atferd medfører at pasienten blir innesluttet, apatisk og viser likegyldighet, men er samarbeidsvillig. Atferden kan forveksles med depresjon, og kan derfor være lett å overse. Hos den gamle pasienten er denne atferden vanlig å se. Kombinasjonen av hypo-og hyperaktiv atferd innebærer at pasienten vekselvis går fra å være hyperaktiv til hypoaktiv i løpet av døgnet (Stubberud, 2011).

I tiden etter utskrivelse, kan delirium påvirke den kognitive funksjonen, og hos eldre kan tilstanden bidra til demensutvikling. Delirium som utvikles på toppen av en demenssykdom kan være første tegn til en begynnende demens, som tidligere ikke har blitt diagnostisert (Ranhoff, 2010).

3.6.5 Postoperativ delirium

Postoperativ delirium er en kjent komplikasjon etter et kirurgisk inngrep, spesielt når det kommer til store operasjoner innen ortopedi, urologi og transplantasjon. Forekomsten av delirium hos pasienter som opereres for hoftebrudd er mellom 43%-61%. Disse pasientene er utsatt for å pådra seg komplikasjoner. Dette medfører til vanskeligheter med gjenopptrening etter hofteoperasjon som gir dårligere prognose. Det hevdes at forekomsten av delirium til pasienter innlagt sykehus, varierer etter hvor god kvaliteten av sykepleien pasienten mottar. Dette relateres til for dårlig smertelindring, nedsatt ernæring og dehydrering (Østensvik, 2008).

3.6.6 Behandling

Ved delirium må bakenforliggende årsaken til tilstanden avdekkes for at den skal kunne bli behandlet, før man behandler selve deliriumstilstanden. Blir ikke den eller de utløsende årsakene diagnostisert og behandlet, vil deliriumstilstanden fortsette. Det er viktig å observere pasientens somatiske helsetilstand. Faktorer som kan påvirke utviklingen av delirium kan blant annet være væskeinntak, elektrolyttforstyrrelser, underernæring, blodsukker, obstipasjon, urinretensjon, blodtrykk, puls, og surstofftilførsel (Engedal & Haugen, 2009).

3.6.7 Legemiddelbehandling

Delirium forårsaker en stor belastning på hjernen og legemidler som da har effekt på metabolismen i hjernen, kan gi en skadelig virkning. Alle legemidler med en sentral antikolinerg effekt eller som har en toksisk og/eller sterk sedativ effekt bør seponeres (Engedal & Haugen, 2009).

Pasienter med delir bør behandles for deres forstyrrede søvnmonster. Beroligende eller innsovningsmiddel kan brukes over noen døgn, og ved angst kan det i noen tilfeller være nødvendig å gi benzodiazepiner. Ved hallusinasjoner og vrangforestillinger kan det benyttes antipsykotisk middel, men det anbefales å bruke lavdoseantipsykotisk preparat hvor det er lite eller ingen antikolinerg effekt. Skulle situasjonen fortsette å forverre seg, kan det være uttrykk for at pasienten ikke har respondert på behandlingen av den bakenforliggende årsaken (Engedal & Haugen, 2009).

3.6.8 Prognose

Hvis den utløsende årsaken avsløres og blir behandlet er prognosen ved delirium god. Men hvis den bakenforliggende årsaken ikke blir avdekket, er dødeligheten så høy som opptil 25-30% av tilfellene. Hos den gamle pasienten bruker hjernen lang tid på å rehabilitere seg selv, og mange vil oppleve å ha restsymptomer i etterkant. Eldre pasienter som har hatt delirium under sykehusinnleggelse relatert til hofteoperasjon, har lengre liggetid enn andre (Engedal & Haugen, 2009).

Selv om delirium blir oppdaget og behandlet tidlig, er konsekvensene av tilstanden store både for pasienten selv og helsevesenet. Utfallet av tilstanden kan føre til forlenget sykehusopphold, økt dødelighet i løpet av sykehusopphold og ved utskrivelse. Det er større risiko for utvikling av andre komplikasjoner som infeksjon, liggesår, inkontinens, nedsatt psykisk- og fysisk funksjonsnivå, og økt risiko for utvikling av demens (Wass, Webster, & Nair, 2008).

4.0 Hvordan kan sykepleieren gi god omsorg til pasienter med demens, som står i fare for å utvikle delirium?

I dette kapitlet gir vi en analyse av allerede skrevet teori som drøftes opp mot problemstillingen og egne erfaringer. For å belyse problemstillingen ytterligere har vi valgt å dele opp hovedproblemstillingen i fire underproblemstillinger. De er utformet etter ide fra både Martinsen og Kitwoods tenkning. Vi mener det er mye likhetstrekk i Martinsen og Kitwoods omsorgstenkning. Dette vil gjenspeile seg i vår drøfting, ved at det kan forekomme gjentakelser av ulike termer hentet fra deres teorier.

4.1 Hvordan kan vi som sykepleiere gi god omsorg slik at pasienten føler trygghet?

Pasienter med demens er mer utsatt for utvikling av delirium, og påkjenningene trenger ikke å være store for at tilstanden utvikler seg (Ranhoff, 2010).

Ved en sykehusinnleggelse hvor omgivelsene er ukjente og et stressende miljø, kan sykdommen forverres hos en pasient med demens. Dette fører ofte til at pasienten blir mer forvirret og mer utsatt for delirium. Hvis pasienten har nedsatt syn og hørsel, vil dette påvirke informasjonen som inntas og forstås. Vi mener at sykepleierens funksjon har en viktig rolle for å hindre videre utvikling av delirium. En god faglig sykepleier kan med sine fagkunnskaper og sitt kliniske blikk observere og vurdere pasientens tilstand, for så å sette i gang tiltak for å forebygge videre utvikling av delirium (Stubberud, 2011).

I følge Ranhoff (2010) vil tett oppfølging, kjente personer og reduserte stressfaktorer være essensielt i forhold til at pasienten føler trygghet. Observasjoner av pasienter med delirium må forgå hyppig, til kontinuerlig. Dette kan være en stor utfordring i forhold til eventuelt ressurs mangler, skriver Ranhoff (2010). Egne praksiserfaringer underbygger også dette. Vi har opplevd situasjoner hvor personalet har uttrykt bekymring og dårlig samvittighet over at pasientene har blitt mye overlatt til seg selv i løpet av arbeidsdagen. Pasientene har også gitt uttrykk for utrygghet på grunn av forvirring og at de har vært alene.

Som sykepleier mener vi det er viktig at pasienten føler nærhet til sykepleieren, og sykepleieren må ha evne til å bruke sin empati i møte med pasienten, og til å lytte. Vi knytter

dette opp imot det Engedal og Haugen (2009) skriver om viktigheten av å ha et innblikk i pasientens ønsker og behov. Skal sykepleieren ha noe mulighet til å begripe hvorfor pasienten reagerer som han gjør, vil sykepleierens empatiske evne til å lytte være avgjørende.

I Maslows behovspyramide kommer de grunnleggende behovene først som mat, drikke, og søvn først. Deretter kommer behov for trygghet, hvor faktorer som forutsigbarhet og beskyttelse som viktige faktorer (Thorsen, 2005).

Når pasienter med demens blir innlagt sykehus og utvikler delirium, mener vi sykepleieren har en viktig rolle for at pasienten skal kunne føle trygghet.

Thorsen (2005) skriver at trygghet kan få rom i den andre, hvis forholdene blir lagt til rette på en forsiktig måte. Sykepleierens varhet og væremåte er vesentlig for å frembringe trygghet hos pasienten, skriver Thorsen (2005).

Som sykepleier må vi tørre å være åpne for en annen persons verden. Dette ved at vi som sykepleier "er tilstede" og stiller oss til disposisjon for en annen enn den personen vi selv er. Sykepleieren må ha respekt ovenfor den andre personen, som her er pasienten. Hun må dele av seg selv til den pasienten. Dette kan hjelpe pasienten med å bygge tillit til sykepleieren, som er vesentlig for å skape rom for trygghet hos den andre (Thorsen, 2005).

Løgstrup i Thorsen (2005) skriver :

Med vor blotte holdning til hinanden er vi med til at give hinandens verden dens skikkelse. Hvilke vidde og farve den andens verden får for ham selv er jeg med på å bestemme med min holdning til ham. Jeg er med til å gøre den vid eller snæver, lys, eller mørk, mangfoldig eller kedelig- og ikke minst er jeg med til at gøre den truende eller tryk. Ikke med mine teorier eller anskuelser men med min blotte holdning.

Personer med demens er følsomme for nye forhold, og innleggelse i sykehus kan derfor føles som veldig uoversiktlig og ukjent. Dette kan komme til uttrykk i form av for eksempel angst, sinne og depresjon (Engedal & Haugen, 2009).

Vi mener at sykepleieren er en viktig bidragsyter i å trygge pasienten, ved at pasienten blir sett og tatt vare på av sykepleieren i situasjonen. Her støtter vi oss til Martinsens omsorgsteori, hvor hun i Thorsen (2005) skriver om sykepleieren som hjelper pasienten til å finne tilbake til tryggheten ved å være en stedfortreder for pasienten. Dette med blant annet å avlaste pasienten midlertidig med noe negativt. Martinsen presiserer forøvrig at dersom

sykepleiere ikke har selvinnsikt og opptrer uten forsiktighet med å undertrykke opplevelser fra pasientens ståsted, vil dette ha motsatt effekt av trygghet (Thorsen, 2005).

Vi har erfart i praksis, pasienter med demens som har kommet inn til ortopedisk avdeling for behandling av blant annet lårhalsbrudd som har blitt forvirret. Her opplevde vi ulike holdninger blant sykepleierne til disse pasientene. Noen av sykepleierne virket frustrert og fortvilet over situasjonen, som kom til uttrykk i form av negative kommentarer og oppførsel. Kommentarene kunne være ”å nei, ikke en slik pasient igjen”, eller ”da blir det ikke noe matpause på oss i dag nei..”. Vi opplevde også de sykepleierne som fremsto med mer positive holdninger. Disse sykepleierne viste mer empati til pasienten. De tok seg bedre tid med blant annet å være med pasienten inn til rommet, forklarte hva som var årsaken til innleggelsen, hvor pasienten befant seg, og videre forløp for pasienten. Når det kommer til forebygging og håndtering av delirium beskriver Ranhoff (2010) at trygghet og velværeaspektet hos pasienten som svært viktig. Her kommer også det å lytte til hva pasienten har å si frem som et viktig element i håndteringen av situasjonen. Dette mener vi er forenelig med våre tanker og opplevelser vi har beskrevet.

Å komme i en delirisk tilstand kan oppleves som svært skremmende, og det kan være til nytte for pasienten å informere han om hva som har oppstått, og hvorfor det har skjedd. Ved å gi støtte til pasienten for at etterreaksjoner er naturlig, kan det være med på at pasienten mestrer hendelsen (Ranhoff, 2010). Her beskriver vi hvordan vi i praksis opplevde ulike holdninger blant sykepleierne og hvordan de taklet forskjellige situasjoner. Våre praksiserfaringer føler vi gjenspeiles i et sitat fra Kari Martinsen (2003), hvor hun skriver:

”Omsorgen for andre, kjærligheten til nesten er det mest fundamentale for våre liv, og det mest naturligste av alt. Og likevel er det så vanskelig” (Martinsen, 2003, p. 10).

I følge Kitwood (1999) er kjærlighet et altomfattende behov, og at trøst er et av elementene du trenger for å oppnå denne kjærligheten. Ved å gi trøst fremmes trygghet og reduseres angst. Trøst kan ifølge Kitwood (1999) gis ved blant annet berøring og nærvær av en annen person.

Egne praksiserfaringer fra sykehus er at pasienter med demens ofte har behov for nærhet av en annen omsorgsperson som i dette tilfelle er sykepleieren. Ved at pasienten i tillegg er delirisk har vi opplevd at behovet for dette er enda viktigere. Som sykepleiestudenter observerte vi sykepleiere som omtalte pasienten med nedverdiggende bemerkelser, fordi de bruker alarmen, ropte, eller var motorisk urolige. Vi så at når vi som studenter brukte litt ekstra tid inne hos denne pasienten, virket dette beroligende og behøvde nødvendigvis ikke å

være ressurskrevende. Ved å blant annet sette seg ved sengekanten til pasienten, høre på hva pasienten forteller, holde pasienten i hånden, og vise at vi forstår pasienten med både en verbal og non-verbal måte er tiltak vi har erfart som nyttige. Våre opplevelser i praksis er at pasienten blir beroliget på grunn av nærhet, kroppskontakt og ved at sykepleieren lytter til pasienten. I tillegg er det viktig at kroppsspråket til sykepleieren formidler det samme som hun gir uttrykk for verbalt. Er ikke denne overenstemmelsen tilstede er våre erfaringer at pasienten istedenfor blir mer urolig. Pasienten kan komme med betroelser som kan berøre oss som sykepleiere. Det kan være tøft å ta imot og stå i denne lidelsen, samtidig være profesjonell, men som sykepleier må du tørre å bli berørt. Som sykepleier må jeg selv ha en relasjonstrygghet som kan tillate meg til å kjenne på mine egne følelser og sårbarhet. Dette er med på å skape en god relasjon til den andre (Thorsen, 2005). Segesten i Thorsen (2005) beskriver relasjonstrygghet som en trygghet til å stole på andre. Hun omtaler personer som gir trygghet som varme, rolige, og sikre, og at deres fremtoning får den andre til å føle seg trygg. Våre tanker er derfor at det er viktig at sykepleieren innehar disse egenskapene, da vi bærer et stort ansvar for å ta godt vare på pasienten.

I praksiseksempelet som nevnt ovenfor beskriver vi enkle tiltak som var til hjelp for å trygge pasienten i en vanskelig situasjon. Pasienten hadde stort utbytte av at vi som studenter brukte tid hos han, ga nærhet og lyttet. Vi mener dette er forenelig med Tom Kitwoods tanker om personsenterert omsorg.

Tom Kitwood (1999) mente hvis ett av de grunnleggende behovene i ”kjærlighetsblomsten” blir oppfylt, vil det ha en effekt på de andre. Hvis for eksempel pasienten føler seg trygg ved tilknytning, vil han i større grad være i stand til å søke beskjeftigelse, som vil resultere i at identitetsfølelsen styrkes. Etter hvert som de psykologiske behovene i Tom Kitwoods ”blomst” blir oppfylt, vil dette kunne resultere i økning av selvfølelse og at pasienten følte seg sett og verdsatt. Underveis i denne prosessen kan personen bli i stand til å rive seg vekk fra følelser som angst, frykt og sorg og over i en positiv tilstand (Kitwood, 1999).

4.2 Hvordan kan vi som sykepleiere gi god omsorg slik at pasienten får ivaretatt sin identitet og føler tilhørighet?

I følge Stubberud (2011) vil pasientens selvtillit og følelsen av tilhørighet, synke når pasienten føler seg avhumanisert og fremmedgjort. Dette forekommer som oftest på grunn av at sykepleieren som omsorgsperson, reduserer pasientens autonomi og integritet gjennom en spesifikk handling.

Når en person med demens blir innlagt sykehus, er han i en sårbar situasjon hvor flere forhold kan true hans integritet og identitet. Sykepleieren har et stort ansvar med å ivareta pasientens integritet som er en viktig faktor i opprettholdelse av pasientens identitet. For at sykepleieren skal klare dette er det en forutsetning at hun etablerer en god relasjon med pasienten.

Pasienten må oppleve at sykepleieren er interessert og har empati for at relasjonen skal bli positiv (Kirkevold, 2010). I en slik situasjon er det derfor en forutsetning at sykepleieren stiller seg følelsesmessig tilgjengelig, slik at hun kan forstå pasientens opplevelser (Sneltvedt, 2012).

En praksiserfaring som belyser nettopp dette, var en opplevelse fra stell-situasjon. En pasient med demens skulle få hjelp av to sykepleiere til personlig hygiene på morgenen.

Kommunikasjonen under morgenstellet foregikk kun mellom sykepleierne og inkluderte ikke pasienten. Når pasienten skulle forflyttes til wc rådførte ikke sykepleierne seg med pasienten. Istedenfor å inkludere pasienten i dette spørsmålet, og spørre hvordan pasienten pleide å komme seg på wc så ble pasienten fullstendig oversett. Sykepleierne verken henviste seg til, eller rådførte seg med pasienten. Pasienten ble utelatt av en bestemmelse som handlet om seg selv. Sykepleierne handlet i strid med Tom Kitwoods tenkning om personsentrert omsorg.

Han legger vekt på at omsorgsgiverne skal ha en åpen og fordomsfri holdning. Pasienten med demens skal bli møtt med en empatisk tilnærming som anerkjenner pasienten som en unik person (Kitwood, 1999). I dette tilfellet mener vi pasientens integritet ble krenkete og hans autonomi redusert. Brooker (2013) skriver ” En persons generelle velvære og engasjement ventes å være bedre i miljøer der folk føler tilhørighet i motsetning til å bli tilsidesatt” (p. 78).

Ved at pasienten blir innlagt sykehus og blir tildelt en pasientrolle ”mister” han noe av seg selv (Solvoll, 2005). I en pasientrolle blir en sårbar, og det kan være krevende å opprettholde sin identitet og selvstendighet. Avhumanisering, som kan være en konsekvens av sykehuset rutiner og ritualer, kan medføre utfordringer for at pasienten klarer å ivare sin identitet (Stubberud, 2011). Dette gjenspeiler seg i egenerfarte opplevelser fra praksis. Pasientene ble

ofte tildelt betegnelser etter seng- og romnummer og sykdom. Som Tom Kitwood (1999) skriver, er ikke alltid handlinger innenfor ondartet sosialpsykologi utført på grunn av onde motiver. Som sykepleiestudent i praksis har vi erfart at det var lett å ta etter sykepleierne, slik at kommunikasjonen skulle flyte lettere. Det var tilfeller hvor vi omtalte pasienten ved navn, men sykepleieren visste ikke hvem vi snakket om med mindre pasienten ble omtalt som ”4-senga på rom 221” eller ”demensdama i 2-senga”. Våre refleksjoner er at disse bemerkningene ikke forankrer i onde hensikter, men kommer av sykehuset mange års innøvde rutiner. Dette kan være en ubevisst handling, men som dessverre er med på å forsterke avhumaniseringen av pasienten. Våre tanker er at pasienten kan oppleve han blir behandlet som en på et transportbånd, et menneske uten navn og egen identitet. Solvoll (2005) skriver om det å tiltale pasienten med hans navn, kan ha en stor identitetsbevarende effekt og bidra til opplevelse av verdighet. Som sykepleiere mener vi det er viktig å bruke pasientens navn, både i situasjoner hvor vi omtaler pasienten eller når vi henvender oss direkte til pasienten. Dette for å vise respekt og for å ivareta pasientens verdighet og integritet.

I et studie utført av Irene Schofield, Debbie Tolson og Valerie Fleming (2011), ble det undersøkt sykepleierens forståelse og omsorg for eldre pasienter med delirium med akutt innleggelse i sykehus. Det ble avdekket at sykepleierne så på eldre pasienter med delirium som risikoobjekter. De eldre sin komplekse medisinske, pleie- og personsentrerte behov ble overskygget av diskusjoner om risiko. Studiet konkluderer med at risikovurderingen heller burde inkludere vurdering av risikoen for svekkelse av pasientens autonomi og verdighet, samt som sikkerheten. Tyngden av risikovurderingen burde ligge i den personsentrerte omsorgen og sykepleierne burde reflektere over språket de brukte ovenfor disse pasientene. Diskusjonene burde handle om sykdommens alvorlighetsgrad, verdighet og medfølelse, og hvordan delirium kunne forebygges (Schofield, Tolson, & Fleming, 2011).

I forskningens konklusjon ser vi mye likheter i erfaringer vi har fra praksis. En kartlegging av pasienten var en fast prosedyre ved innleggelse. Her ble relevant informasjon om pasienten innhentet fra pasienten selv, pårørende, og i noen tilfeller andre samarbeidspartnere. Pasienten hadde mulighet til å uttrykke hva som var viktig for han og sykepleieren kunne gjennom kartleggingen blant annet avdekke viktige livshendelser og atferd som avviket fra det normale. Ved å innhente denne informasjonen, var det lettere for helsepersonellet i sykehusavdelingen å hjelpe pasienten med å bevare sin identitet.

Kartleggingen sykepleierne foretok i vår praksis anser vi som forenelig med Kitwoods tankegang i identitetsbevaring. Kitwood (1999) beskriver identitetsbevaring bygger på to elementer, å kjenne personens livshistorie og kunne vise empati.

I følge Solvoll (2005) kan pasienten oppleve redusert selvbilde og selvrespekt, hvis han blir fratatt muligheten til å være selvstendig. Pasienten som opplever å ikke ha innflytelse eller påvirkning i situasjonen han er i kan utvikle stress. Økning av stresshormoner kan da forekomme, som for eksempel økt produksjon av kortisol. Dette i kombinasjon med noen av de fysiske risikofaktorene, kan føre til utvikling av delir (Engedal & Haugen, 2009).

Erfaringer vi selv har fra praksis, er at pasienter med demens som har utviklet delirium, har nedsatt selvinnsikt i sin egen situasjon. Til denne pasientgruppen kan det i noen tilfeller det være nødvendig å bruke svak paternalisme for å kunne oppnå identitetsbevaring. Her støtter vi oss til Martinsens omsorgstenkning i hvordan sykepleierens makt kan utøves for at det skal komme pasienten til gode. Kari Martinsen i Kristoffersen (2005) beskriver bruk av svak paternalisme skal gagne pasienten på best mulig måte. For at det ikke skal bli misbruk av denne makten, må sykepleieren bruke sin fagkompetanse og empatiske ferdigheter, til å unngå å herske over pasienten. Valgene som sykepleieren tar, skal ikke være til gagn for henne selv, men for det som er til det beste for pasienten.

Sykepleieren kan utgjøre en stor forskjell for pasienten ved å gi god omsorg. Våre praksiserfaringer var at god omsorg lå i blant annet å bruke tid og lytte til pasientens livshistorie. Ved at pasienten fikk være delaktig og være med i beslutninger så vi at pasienten fikk økt selvtillit. Sykepleieren handlet i tråd med Martinsen omsorgsfilosofi ved at hun var tilstede for pasienten, uten å forventet noe tilbake (Brodtkorb, 2011). Ved å anerkjenne pasienten som et unik individ med sine verdier, opplevelser, sorger, og bekymringer, kan vi være med på å ivareta pasientens identitet (Solvoll, 2005).

4.3 Hvordan kan vi som sykepleiere gi god omsorg for å oppnå tillit hos pasienten?

B.K. Nielsen (2006), beskriver tillitt som det elementære i all omsorg. Tillit er ikke noe vi som sykepleier kan skape, men ved å utføre omsorgsfulle oppgaver som er til det beste for pasienten kan vi gjøre oss tilliten verdig. Blir ikke tilliten pasienten har gitt sykepleieren tatt på alvor, og han ikke føler å bli sett, kan dette utløse sterke reaksjoner (Nielsen, 2006).

Tom Kitwood (1999) skriver at ikke alle mennesker er i stand til å kunne gi pasienter deres fulle oppmerksomhet, som grunner i at de er mer opptatt av viktigheten av deres profesjon. I alle forhold og i et hvert jeg-du-møte, er tilstedeværelse essensielt. Vi mener sykepleierens evne til å være tilstede både fysisk og mentalt, er grunnleggende for å oppnå tillit hos pasienten.

I vår praksis som sykepleierstudent opplevde vi en episode som belyser viktigheten av tillit mellom sykepleier og pasient. Pasienten var i en postoperativ fase etter en FCF (fractura colli femoris). I rapporten som ble gitt av sykepleierne fra dagvakt, ble pasienten beskrevet som ”svært krevende”, ved at hun blant annet var masete og brukte alarmen ofte. Videre i rapporten kom det frem at pasienten var i en utredningsfase for demens, og var lite motivert for mobilisering etter operasjon. Pasienten ringte på alarmen kort tid etter rapporten. En sykepleierstudent gikk inn til pasienten, som lå i sengen og uttrykte behov for vannlatning. Studenten foreslo å hjelpe pasienten med å forflytte seg til wc med en prekestol. Pasienten var svært engstelig for dette og ville helst ha bekken i seng. Hun mente det var alt for langt til wc, var redd for å falle, og at hun ikke ville klare dette. Studenten spurte pasienten om forflytningsproblemet var på grunn av smerter, noe pasienten benektet. Pasienten ble da betrygget av studenten ved at de kunne være to pleiere som hjalp henne ved forflytning til wc. Sykepleierstudenten forsto at pasienten var utrygg, men prøvde å finne tiltak som kunne bidra til å trygge pasienten. Kunnskap studenten satt inne med tilsa at tidlig mobilisering er viktig for gjenopptrening, og forebygging av komplikasjoner som for eksempel blodpropp, decubitus, obstipasjon og utvikling av delirium (Grønsløth, Roa, Kjønnøy, & Almås, 2011). Studenten forklarte pasienten viktigheten med mobilisering og foreslo at de kunne ta inn en dostol hvis det viste seg at pasienten ikke klarte å komme seg på wc. Under forflytningen trygget sykepleierstudentene pasienten, samtidig som de holdt en samtale gående som omhandlet pasientens livshistorie. Dette virket beroligende på pasienten, hun forflyttet seg uten store problemer og virket trygg i situasjonen. Pasienten ga uttrykk for at dette var en positiv opplevelse. Erfaringen var at pasienten virket roligere og mer tilfreds i løpet av arbeidsdagen. Hun brukte alarmen svært lite, og virket mer motivert til mobilisering. Ved at sykepleierstudentene tok ansvar for denne pasienten gjennom hele arbeidsdagen, hadde pasienten stort sett bare to pleiere å forholde seg til. Omsorgen pasienten mottok fra sykepleierstudentene var med på å gjøre studentene verdig til å kunne oppnå pasientens tillit slik B.K. Nielsen (2006) beskriver tillitsoppnåelse. Samtidig mener vi dette kan knyttes opp mot Kitwoods (1999) tenkning om viktigheten av tilstedeværelse. I første møte med pasienten uttrykte hun liten vilje til å klare å komme seg ut av sengen. Med sykepleierstudentens

empatiske evne til å vise forståelse og lytte klarte pasienten å komme seg ut av sengen og forflytte seg ukomplisert. Vi ser her en likhet mellom Tom Kitwoods omsorgstenkning og sykepleierstudentenes handling. Studentenes nærvær ga henne varme og styrke til å utføre en handling som pasienten først ikke hadde motivasjon og troen på (Kitwood, 1999).

Martinsen i Kristoffersen (2005) vektlegger omsorg som en viktig faktor for oppnåelse av tillit og åpenhet i relasjon mellom pasient og sykepleier.

Det å etablere en tillitsatmosfære for pasienten med delirium, kan være lettere hvis pasienten bare forholder seg til en sykepleier i løpet av arbeidsdagen. (Caraceni & Grassi, 2011). Ved at pasienten kun får en sykepleier å forholde seg til, kan det hindre følelse av fremmedhet, forsterke alliansen og mellommenneskelige relasjoner. I en slik situasjon, er det viktig at sykepleieren er åpen for det pasienten formidler, ved at hun ikke avfeier det pasienten forteller, selv om det ikke har en sammenheng. Det vil alltid være en bakenforliggende mening i fortellingen fra en pasient med delirium. Sykepleieren må vise omsorg i den forstand at hun må være oppmerksom på pasientens frykt, bekymringer, og hallusinasjoner. Berolige pasienten i situasjonen, respektere pasientens følelser og persepsjon (Caraceni & Grassi, 2011). Pasientene kan oppleve vrangforestillinger, hallusinasjoner og høre stemmer, uten å være i stand til å korrigere sine hørsel- og synsforestillinger. Disse symptomene kan variere i intensitet i løpet av døgnet. Desorientering i henhold til tid, sted eller situasjon kan oppstå hos en pasient med delir, slik at korttidshukommelsen blir redusert, men likevel kan langtidshukommelsen være intakt (Stubberud, 2011). Det å utfordre pasienten om sine vrangforestillinger, kan forverre tillitten til sykepleieren og de andre ansatte. Pasienten bør få svare i sin egen tid, og det kan være nyttig å benytte non-verbale ferdigheter der hvor språket ikke strekker til (Caraceni & Grassi, 2011).

I et studie gjennomført på et sykehus i Australia i 2010, av Moyle, Borbais, Wallis, Olorenshaw og Gracia, ble det forsket på behandlingen av personer med demens. Her ble det avdekket dårlige holdninger til eldre pasienter med demens. Det var også mangel på kunnskap i forhold til å kunne vurdere pasientsituasjonen og behandling av delirium. Mange av pleierne hadde lite innsikt i forskjellene mellom en akutt og en kronisk forvirring. De eldre pasientene ble sett på som "vanskelige", "uønsket" og som en hindring for at sykepleierne fikk gjennomført sine oppgaver. Framfor å bli behandlet, ble det forsøkt å forflytte dem til en annen avdeling. I tillegg ble det avdekket at mange av pleierne hadde en apatisk oppførsel med liten interesse og få bekymringer ovenfor pasienter med demens. Den apatiske

tilnærming så ut til å være skjult av et overveldende fokus på sikkerhetsspørsmål i forhold til personen med demens, andre pasienter og ansatte. Omsorgen som ble gitt til pasienter med demens, så ut til å være mer oppgaveorientert framfor det å ha en helhetlig tilnærming, og oppnå en god relasjon. Pasientene som hadde en aggressiv atferd, ble både fysisk og kjemisk (medikamentelt) holdt tilbake. Dette ble begrunnet med at det var en sikkerhetsvurdering i forhold til minimalisere skader. Miljøet på sykehuset ble ansett som en hindring for korrekt behandling, og var en faktor til de dårlige holdningene (Moyle, Borbais, Wallis, Olorenshaw, & Gracia, 2010).

Det framgår i denne forskningen at personer med demens ikke alltid blir gitt omsorg som tar hensyn til deres individuelle behov. Utdanning og opplæring av ansatte vil forbedre deres atferd, holdninger og trivsel, og dermed pasientens utfall (Moyle et al., 2010).

I sykehuspraksis opplevde vi en pasient med demens som utviklet delirium. Pasienten ga sykepleierne utfordringer med å være motorisk urolig, spesielt på natt. Pasienten delte rom med tre andre pasienter som ble berørt av uroen pasienten forårsaket, noe som skapte ytterligere uro og irritasjon. Psykomotorisk urolighet er en adferd som ikke er uvanlig å se hos den deliriske pasienten. Pasienten føler en indre uro, forvirring, engstelse, og følelse av utrygghet. Dette kan i noen tilfeller utløse aggressivitet hos pasienten (Stubberud, 2011). Våre observasjoner var at pasienten med den deliriske tilstanden ble utsatt for mye stimuli inne på firemannsrommet. Det kunne til tider være mye "trafikk" inne på rommet, med sykepleiere, leger, og pårørende. Sykepleierne utførte forskjellige målinger med apparater som ga mye lyd. Som et tiltak for å hjelpe pasienten foreslo vi at enerom burde vurderes. Ifølge Caraceni og Grassi (2011) bør det alltid tilstrebes at pasienter med delir får tilrettelagt enerom som er stille og godt belyst på dagtid og dempet belysning på natten. Dette kan bidra til å forbedre pasientens forvirring og redusere skremmende hallusinasjoner. På et enerom reduseres ytre stimuli, som gjør pasienten mindre sårbar for kaotiske tanker og vrangforestillinger. Dette kan bidra til å hindre videreutvikling av delir.

I vår sykehuspraksis var en av morgenrutinene, å få rapport fra sykepleierne som hadde jobbet natt. Her kom det blant annet frem at den deliriske pasienten hadde vært våken og urolig store deler av natten. Vi ser likheter med våre erfaringer i det Stubberud (2011) skriver om at søvnforstyrrelser ofte kan forekomme hos en pasient med delirium. Det varierer fra insomnia til søvnmangel eller snudd søvn-våkenhetsrytme, pasienten kan for eksempel være sløv om dagen og ha avbrutt søvnmønster på natt. Personer med demens får som regel den

såkalt solnedgangsforvirringen, som forekommer mot kvelden, og som forårsakes av at pasienten er trett (Ranhoff, 2010).

I følge Engedal og Haugen (2009) er tett personkontakt og god omsorg en effektiv behandling av delirium. Det bør tilstrebes en-til-en kontakt mellom pasient og sykepleier, og dagen bør være så forutsigbar som mulig. Egenerfaring fra praksis mener vi viser et eksempel i viktigheten av å se pasientens individuelle behov. Noe som underbygges av overnevnte forskningsartikkel (Moyle et al., 2010) og hva Engedal og Haugen (2009) skriver om tett personkontakt og god omsorg. Ved å sørge for at pasienten fikk et eget rom, hvor det var lite støy fra andre, endret situasjonen seg hurtig. Pasienten ble roligere på nettene, og han virket tryggere i avdelingen. De andre pasientene fikk ro, og det ble mindre uro på avdelingen. Omsorgen som ble gitt til pasienten tok utgangspunkt i den enkeltes behov og situasjonen pasienten befant seg i for øyeblikket. Pasienten ble sett og anerkjent selv i den tilstanden han befant seg i. Dette ga seg til syne i at pasienten ble rolig og virket tilfreds. Ved at pasienten fikk omsorg og pleie ut ifra sitt behov, mener vi dette var tiltak som kunne bidra til oppnåelse av tillit.

4.4 Hvordan kan vi som sykepleiere gi god omsorg ved å bruke faglig skjønn?

I sykepleierens funksjon står det faglige skjønn sentralt. Å tyde er en viktig egenskap, når man skal formidle pasientens opplevelser og inntrykk. Ved at man blir rørt av det den andre uttrykker, brukes de naturlige sansene og språket hos sykepleieren i videreformidlingen. Hos den dyktige sykepleieren presenteres både faglighet og omsorgens barmhjertighet (Martinsen, 2003).

Martinsen i Kristoffersen (2005) fremstiller den gode sykepleieren som spontan og reflektert. Dette ved at hun kan ta gode faglige vurderinger i hva som er rett og galt i akutte situasjoner. Når sykepleieren skal utføre sine handlinger i en situasjon, må hun gå ut ifra den eksakte tilfellet hun befinner seg i. Ved at sykepleieren implementerer handlingsfornuft, oppfinnsomhet, og godhet bedømmer hun rett ut ifra et godt skjønn. Og at hos denne sykepleieren vil de faglige prosedyrene og teoriene også omfatte gode holdninger (Kristoffersen, 2005).

Våre tanker er at den omsorgen som blir gitt av sykepleieren til et annet menneske er svært forskjellig. Sykepleierens holdninger og væremåte mener vi har stor påvirkning i hvordan omsorgen utøves, og hvordan den oppleves av pasienten. Her knytter vi oss til Kari

Martinsens omsorgstenkning, som mener at vi kan kjenne igjen den dyktige sykepleieren ved at hun klarer å koble teori og prosedyrer med gode holdninger (Martinsen, 2003).

I Smebye (1997) kommer det frem at et grunnleggende behov for mennesket er nært knyttet til omsorg. Hvis sykepleieren skal kunne gi omsorg, må de være kjent med sine egne behov og hvordan deres fremtoning virker inn på andre mennesker.

I praksis har vi erfart at det har vært store ulikheter hos sykepleiernes holdninger både på godt og vondt. I situasjoner hvor pasienten har demens, har vi blant annet opplevd at pasienten har blitt omtalt som ”uroelig”, ”vanskelig”, ”slitsom” og ”bråkete”. Bemerkningene synes vi er nedverdiggende og ulikt våre oppfatninger av pasienten.

I yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere, kommer det fram at sykepleien pasientene mottar, skal grunne i barmhjertighet, omsorg, respekt for menneskerettighetene og være kunnskapsbasert (Norsk Sykepleierforbund, 2011). Vi opplevde også sykepleieren som handlet i tråd med disse verdiene og omtalte den samme pasienten med mer vennlige ord. Hun bruker mer empati, viser innlevelse og forståelse av pasientsituasjonen når hun beskriver pasienten. Våre praksiserfaringer er at sykepleieren tar med seg sine meninger, det være seg positive eller negative, når de møter pasienten. Disse meningene skaper en holdning som vi mener har vært utslagsgivende for utfallet av møtet. Erfaringene vi her har gjort oss, underbygger hva Smebye (1997) beskriver om hvordan sykepleierens væremåte påvirker omsorgen pasienten mottar. Samtidig er det forenelig med hva Brinchmann (2012) skriver om at våre holdninger påvirker vår atferd.

I et studie hentet fra Journal of Clinical Nursing, undersøkte de ansattes holdninger mot pasienter med demens, som bodde på institusjon. Hovedfunnene i studie viste store holdningsforskjeller blant de ansatte. Disse forskjellene grunnet i ulike aldersgrupper, arbeidserfaring, utdanning og om sykepleieren hadde spesialutdanning (Kada, Nygaard, Mukesh, & Geitung, 2009).

Med dette kan vi se sammenheng mellom forskningen og egen praksiserfaring. Vi har sett at arbeidserfaring og utdanning har vært de mest fremtredende faktorer til holdningsforskjellene. Erfaringene mener vi ikke nødvendigvis relateres til høy alder eller mange år i sykepleieryrke. Dette er de erfaringer du tilegner deg ved fagkunnskap, situasjoner du har erfart og hatt et læringsutbytte av. For å få en mer fullstendig forståelse av pasienten med demens, har vi i praksis erfart at sykepleiere som har spesialutdanning kan ha et fortrinn når det kommer til omsorg for denne pasienten. Våre observasjoner var at noen av spesialsykepleierne med sin

spesialkompetanse hadde større evne til å se pasienten bak sykdommen. Samtidig erfarte vi også spesialsykepleieren som ikke disponerte disse evnene.

Et viktig element i god sykepleie mener vi er å observere. Observasjoner vi foretar, legger grunnlaget for alle våre vurderinger, handlinger og beslutninger vi foretar oss i sykepleien. Sykepleierens fagkunnskap og bruk av sanser er viktig i denne prosessen (Nortvedt & Grønseth, 2010). Pasienten med en delirisk tilstand kan ha symptomer som kan være fluktuerende. Dette innebærer variasjoner i intensnivå igjennom den akutte tilstanden. Det er individuelle forskjeller av symptomer i deliriumsutviklingen, som innebærer at pasientene opplever tilstanden forskjellig. Pasienten er i en utsatt situasjon hvor tilstanden fort kan endres. Evnen til å oppfatte ytre stimuli blir redusert, oppmerksomheten blir nedsatt og pasienten lever i sin egen verden. Pasienten kan få et kaotisk tankeinnhold, som kan gjøre utslag i pasientens språkfunksjon eller gjøre det vanskelig å utføre ulike praktiske oppgaver (Stubberud, 2011).

I følge Martinsen i Brodtkorb (2011), er pasienten prisgitt sykepleieren i den følsomme og utsatte situasjonen han befinner seg i. Sykepleieren må ha kontinuerlig observasjon med pasienten og er den som skal rapportere sine observasjoner videre til legen (Ranhoff, 2010). Pasienten er derfor avhengig av at sykepleieren har evnen til å oppfatte de endringene som kan forekomme i en delisk tilstand.

Martinsen i Kristoffersen (2005) er svært opptatt av sykepleierens kliniske blikk. Hun beskriver viktigheten av pleierens evne til sanselig forståelse, og mener at den gode sykepleieren må ha et godt og drevent blikk som ikke bare ser men forstår det som sees. Martinsen omtaler dette som det ”doble øyet”, med at det veksler mellom sansing og objektiv forståelse av hva man sanser. Dette underbygger våre refleksjoner om at sykepleieren må bruke sitt faglig skjønn for å kunne gi god omsorg ved å se personen bak selve sykdommen. For å få til dette er sykepleierens kliniske blikk er en viktig faktor (Kristoffersen, 2005).

Som sykepleiestudenter i praksis har vi fått ulike erfaringer i anvendelse av medikamenter til pasienter med demens i en delirisk tilstand. Vi har gjort observasjoner hvor vi har stilt spørsmål ved bruken av beroligende medikamenter. Det har vært situasjoner hvor pasienten har vært svært urolig, og beroligende medikamenter som benzodiazepiner har blitt gitt til pasienten før noe annet tiltak er utprøvd. Kunnskapen vi har tilegnet oss tilsier at smerter også kan utløse uro og angst. Hos en pasient med en kognitiv svekkelse kan dette medføre til utfordrende smertevurdering (Karoliussen & Smebye, 1997). Våre tanker er at

medikamentene som blir gitt til pasienten ikke nødvendigvis er forenelig med den bakenforliggende årsaken til selv uroen. Observasjoner vi har gjort er at disse medikamentene ofte har hatt motsatt effekt. Istedenfor å virke beroligende har uroen til pasienten eskalert. Dette er forenelig med en forskningsgjennomgang foretatt av David Phillip Alldred fra 2011. Her ble det gransket ulike utfall ved bruk av benzodiazepiner og opioider. Gjennomgangen avdekket risikoøkning for utvikling av delirium ved bruk av disse medikamentgruppene. I tillegg ble det anbefalt å redusere bruken av disse medikamentene til denne pasientgruppen. Samtidig beskriver Alldred (2011) tilfeller hvor det vil være unngåelig å benytte seg av benzodiazepiner og opioider. Smerter kan være en utløsende faktor for delirium og opioider kan i noen tilfeller være nødvendig. Det konkluderes med at det bør tilstrebes tett oppfølging av pasientene som mottar disse medikamentene (Alldred, 2011).

I følge Caraceni og Grassi (2011) er viktige elementer innenfor både forebygge og behandling av delirium, bygget på at de ansatte får undervisning i ikke-farmakologiske tiltak. Dette må integreres inn sykehusets og avdelingens daglige rutiner. Ved å ha kunnskap om risikofaktorer, vurdering av tilstanden og iverksetting av standardiserte protokoller, kan det være med på å redusere utvikling av videre komplikasjoner.

Hoftebrudd er en vanlig årsak til akutt innleggelse i sykehus. Eldre skrøpelige er spesielt utsatt på grunn av risikofaktorer som blant annet osteoporose, falltendens og dårlig ernæringsstatus (Østensvik, 2008).

I egenerfart praksis har vi sett at den preoperative fasen kan være en stor påkjenning for en pasient med demens, ved en akutt innleggelse på grunn av et brudd. Våre erfaringer er at denne pasientgruppen ofte blir liggende lenge før operasjonen. Dette utløser store utfordringer for sykepleien som skal utføres og økt risiko for komplikasjoner for pasienten. Ved innleggelse har mange av pasientene også andre tilleggssdiagnoser, de er ofte dehydrerte, har dårlig ernæringsstatus, og de har smerter på grunn av bruddet (Østensvik, 2008).

Sykepleierens fagkompetanse og kliniske blikk er av stor betydning for pleien og omsorgen til pasienten i den preoperative fasen. Store smerter er ikke uvanlig hos pasienter med hoftebrudd. Disse bruddene bør ligge stabilt frem til operasjonene. En pasient med en demensdiagnose kan ha nedsatt evne til å forstå hvorfor han er innlagt sykehus og hvorfor han har smerter. Han kan da være svært urolig og sykepleierens utfordring blir å berolige pasienten og holde bruddet stabilt (Østensvik, 2008).

Pasienter må faste i 6 timer før de skal inn til operasjon, hvor de kan drikke klare væsker inntil 2 timer før inngrepet (Østensvik, 2008).

Egenerfaringer fra praksis er at pasienter som blir lagt inn i sykehus med et akutt brudd og skal opereres blir satt på fasteregime. Her får pasienten intravenøs væskebehandling for å forebygge dehydrering. Våre refleksjoner er at pasienten med demens ofte fikk en lang ventetid før operasjon. Vi opplevde at denne pasientgruppen til stadighet fikk flyttet operasjonstidspunktet. Dette innebar at de måtte starte fasteregimet på nytt flere ganger som medførte til økt uro og utrygghet hos pasienten. I følge nasjonale faglige retningslinjer bør hoftebrudd bli behandlet så snart som mulig og senest innen 24 timer etter bruddet (Sosial- og Helsedirektoratet, 2005). Våre observasjoner var at eldre pasienter med hoftebrudd ofte var dehydrerte og tynne da de kom inn til avdelingen. De kunne i tillegg ha andre sykdommer som for eksempel Diabetes eller Kols. Ventetiden og den gjentakende faste var derfor svært ugunstig for disse pasientene, blant annet fordi immobilitet kan føre til pneumoni for pasienter med Kols. Hos disse pasientene måtte vi også bruke våre sanser for å observere tegn til komplikasjoner og utføre sykepleietiltak for å forebygge unødige lidelser for pasienten. Dette som blant annet decubitis, blodpropp, infeksjoner og utvikling av delirium (Østensvik, 2008).

I tillegg til de kliniske prosedyrene mener vi at god omsorg er viktig i behandlingen av pasienten i den situasjonen han befinner seg i. Ved å bruke det faglige skjønn, kan pasienten oppfatte at vi har forståelse for hans situasjon. Dette kan bidra til å hjelpe pasienten med å finne livsmot i den forvirrede tilstanden han befinner seg i. Erfaringer vi har er at dette ikke alltid er enkelt å utføre. Noe som gjenspeiler seg i hva Kari Martinsen i Alsvåg (2006) beskriver, at faglig skjønn er en kunst i sykepleien. "...Skjønnnet stiller sykepleieren åpen for sansingen og for å ta vare på det sanselige uttrykket..." (Alsvåg, 2006, p. 76).

I vår sykehuspraksis erfarte vi at mange av de eldre pasientene med en kognitiv svikt som ble operert kom i en delirisk tilstand. Eldre personer har en nedsatt cerebral reservekapasitet, og er derfor svært utsatt for dette. For å unngå utvikling av delir er god smertelindring, tilstrekkelig væskeinntak og ernæring viktige faktorer. Den lange preoperative fasen med fasting er derfor svært ugunstig for denne pasientgruppen (Østensvik, 2008).

Vi ser likheter fra vår sykehuspraksis med en forskningsartikkel skrevet av Åge Wiberg Bøyum (2013). Han gjennomførte et studie blant sykepleiere på et norsk sykehus. Studiet tok utgangspunkt i sykepleierens erfaringer med forebygging av delirium av eldre pasienter innlagt med hoftebrudd. Utløsende faktorer for delirium kunne være forlenget preoperativ

ventetid, dårlig ernæringsstatus, dehydrering og smerter. Det ble avdekket at sykepleieren hadde god erfaring med ulike kommunikasjonsmetoder, som hadde betydning for pasientomsorgen og forebyggingen. Tiltak som viste seg å være forebyggende var tilstrekkelig smertelindring, god omsorg, god ernæring- og væskebalanse, god kommunikasjon og interaksjon fra pårørende. Utfordringene sykepleierne rapporterte var for liten tid og ressurser.

5.0 Konklusjon

Gjennom utarbeidelsen av denne oppgaven har vi tilegnet oss ytterligere kunnskap om pasienter med demens og tilstanden delirium.

For oss har det vært vesentlig å belyse og drøfte ulike tilnærmingsmåter for å få forståelse av: ”hvordan sykepleieren kan gi god omsorg til pasienter med demens, som står i fare for å utvikle delirium”. Dette har gitt oss bedre innsikt i pasientens opplevelser og hva god omsorg innebærer.

Vår oppgave gir oss ikke en klar løsning på problemstillingen, men vi ser at faktorer som holdninger i kombinasjon med personsentrert omsorg har en positiv innvirkning til pasientgruppen i oppgaven. Oppgaven har gitt oss en indikasjon av viktigheten i å ta hensyn til pasientens individuelle behov. Dette vil i tråd med personsentrert omsorg, medføre at sykepleieren ikke bare ser sykdommen men selve pasienten bak. Oppgaven har lært oss at sykepleierne må være bevisst i å ikke avhumanisere pasientene. Dette kan føre til en negativ opplevelse for pasienten i den forstand at han vil føle seg som en av mange på et transportbånd. Når det kommer til sykepleierens kompetanse relatert til holdninger er våre funn at spesialutdannelse ikke bestandig er forenelig med gode holdninger. Oppgaven belyser derimot viktighet av fagkunnskap om demens og delirium, og kombinasjonen av disse. Våre funn tilsier at sykehusene til tider ikke har nok ressurser til å utføre kirurgiske inngrep innenfor anbefalte tidsrammer, og til å dekke denne pasientgruppens omsorgsbehov.

I oppgaven har vi kommet med tiltak som ikke er noen klar løsning, men kan være nyttig i demensomsorgen. Dette som å vise nærhet, forståelse, empati og lytte til pasienten.

I helsevesenet er det alltid forbedringspotensial, og vi mener at vår oppgave kan være en bidragsyter her.

Litteraturliste

- * Alldred, D. P. (2011). Avoid benzodiazepines and opioids in people at risk of delirium. *Evidence-Based Nursing*. <http://dx.doi.org/10.1136/ebn1155>.
- * Alsvåg, H. (2006). Omsorg- med utgangspunkt i Kari Martinsens omsorgstenkning. I B. K. I Nielsen, & U. Knutstad (Red.), *Sykepleieboken 2: Teoretisk-metodisk grunnlag for klinisk sykepleie* (2. utg., ss. 63-96). Oslo: Akribe as.
- * Austgard, K. (2002). *Omsorgsfilosofi i praksis: Å tenke med filosofen Kari Martinsen i sykepleien*. Oslo: Cappelen Akademiske Forlag.
- *Bøyum, Å. W. (2013). Forebygging av delirium hos eldre pasienter innlagt med hoftebrudd. *Sykepleien Forskning*. <http://dx.doi.org/10.4220/sykepleienf.2013.0091>.
- Berentsen, V. D. (2010). Kognitiv svikt og demens. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (ss. 350-382). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Brinchmann, B. S. (2012). Dydsetikk. I B. S. Brinchmann (Red.), *Etikk i sykepleien* (3. utg., ss. 135-150). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Brinchmann, B. S. (2012). Nærhetsetikk. I B. S. Brinchmann (Red.), *Etikk i sykepleien* (3. utg., ss. 117-132). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Brodtkorb, K. (2011). Yrkesetikk. I I. Holter, & T. Mekki (Red.), *Sykepleieboken 1: Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie* (ss. 306-327). Oslo: Akribe as.
- *Brooker, D. (2013). *Personsentrert Demensomsorg*. Tønsberg: Aldring og Helse, Nasjonalt kompetansesenter.
- * Caraceni, A., & Grassi, L. (2011). *Delirium - Acute confusional states in palliative medicine* (2. utgave. utg.). New York: Oxford University press.
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- *Dieserud, L. E. (2014). *Berøring*. Bergen: Fagbokforlaget.
- *Engedal, K. (2006). Demens og demenssykdommer. I K. Engedal, & T. B. Wyller (Red.), *Aldring og hjernesykdommer* (ss. 125-149). Oslo: Akribe.
- *Engedal, K., & Haugen, P. (2009). *Demens:Fakta og utfordringer* (5. utg.). Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.
- *Gjengedal, E. (2000). Omsorg og sykepleie. I H. Alsvåg, & E. Gjengedal (Red.), *Omsorgstenkning: En innføring i Kari Martinsens forfatterskap* (ss. 37-57). Bergen: Fagbokforlaget.

Grønsløth, K. L., Roa, E., Kjønnøy, I., & Almås, H. (2011). Sykepleie ved sykdommer og skader i bevegelsesapparatet. I H. Almås, D. Stubberud, & R. Grønseth (Red.), *Klinisk sykepleie 2* (4. utg., ss. 133-167). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Helse og Omsorgsdepartementet. (2007). Demensplan 2015. *Den gode dagen. Lokaliser på* http://www.regjeringen.no/pages/35878701/demensplan_2015.pdf.

Helsedirektoratet. (2014, april 10). *Demens*. Hentet April 10, 2014 fra Helsedirektoratet: <http://helsedirektoratet.no/helse-og-omsorgstjenester/omsorgstjenester/demens/Sider/default.aspx>

*Hjort, P. F., & Waaler, H. T. (2010, Juli 1). *Demens frem mot 2050*. Hentet April 10, 2014 fra Tidsskrift for Den norske legeforening: <http://tidsskriftet.no/article/1993496>

*Juliebø, V., & Wyller, T. B. (2009). Delirium- en tilstand med høy forekomst og dårlig prognose. *Indremedisinen. Lokalisert på* <http://www.NSF.no>.

*Kada, S., Nygaard, H. A., Mukesh, B. N., & Geitung, J. T. (2009). Staff attitudes towards institutionalised dementia residents. *Journal of Clinical Nursing*, <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2702.2009.02791.x>.

Karoliussen, M., & Smebye, K. L. (1997). *Eldre, aldring og sykepleie* (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.

Kirkevold, M. (2010). Den gamles integritet. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (ss. 91-99). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

*Kitwood, T. (1999). *En revurdering af demens - personen kommer i første række*. København: Munksgaard.

Kristoffersen, N. J. (2005). Sykepleie- kunnskap og kompetanse. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, & E.-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Bind 1* (ss. 215-275). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Kristoffersen, N. J. (2005). Teoretiske perspektiver på sykepleie. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, & E.-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende Sykepleie bind 4* (ss. 13-99). Oslo: Gyldendal norsk forlag as.

*Martinsen, K. (2003). *Fra Marx til Løgstrup: Om etikk og sanselighet i sykepleien* (2. utg.). Otta: Universitetsforlaget.

*Moyle, W., Borbais, S., Wallis, M., Olorenshaw, R., & Gracia, N. (2010). Acute care management of older people with dementia: a qualitative perspective. *Journal of Clinical Nursing*. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2702.2010.03521.x>.

Nielsen, B. K. (2006). Interaksjonell sykepleiepraksis. I U. Knutstad, & B. K. Nielsen (Red.). Oslo: Akribe AS.

Norsk Sykepleierforbund. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet fra https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf

Nortvedt, P., & Grønseth, R. (2010). Klinisk sykepleie-funksjon og ansvar. I H. Almås, D.-G. Stubberud, & R. Grønseth (Red.), *Klinisk sykepleie 1* (ss. 17-32). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Ranhoff, A. H. (2010). Delirium (akutt forvirring). I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie - God omsorg til den gamle pasienten* (ss. 395-405). Oslo: Gyldendal.

*Raskind, M. A., Bonner, L. T., & Peskind, E. R. (2007). Cognitive disorders. I D. G. Blazer, D. C. Steffens, & E. W. Busse (Red.), *Essentials of Geriatric Psychiatry* (ss. 99-130). Arlington: American Psychiatric Publishing.

*Schilling, M. (2004). Individ og fællessab. I M. Schilling, *Menneskets psykologi* (ss. 203-214). København: Gyldendal bogklubber.

*Schofield, I., Tolson, D., & Fleming, V. (2011). How nurses understand and care for older people with delirium in the acute hospital: a Critical Discourse Analysis. *Nursing inquiry*. Lokalisert på <http://dx.doi.org/10.1111/j.1440-1800.2011.00554.x>.

Slettebø, Å. (2010). juridiske rammer og etiske utfordringer. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (ss. 169-179). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Sneltvedt, T. (2012). Hva innebærer det å være en profesjonell sykepleier? I B. S. Brinchmann (Red.), *Etikk i sykepleien* (3. utg., ss. 151-165). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Sneltvedt, T. (2012). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. I B. S. Brinchmann (Red.), *Etikk i sykepleien* (3. utg., ss. 97-116). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Solvoll, B.-A. (2005). Identitet og egenverd. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, & E.-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende Sykepleie: Bind 3* (ss. 118-156). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Sosial- og Helsedirektoratet. (2005). *Faglige retningslinjer for forebygging og behandling av osteoporose og osteoporotiske brudd*. Hentet fra [http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonal-faglige-retningslinje-for-forebygging-og-behandling-av-osteoporose-og-osteoporotiske-brudd](http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonal-faglige-retningslinje-for-forebygging-og-behandling-av-osteoporose-og-osteoporotiske-brudd/Publikasjoner/nasjonal-faglige-retningslinje-for-forebygging-og-behandling-av-osteoporose-og-osteoporotiske-brudd.pdf)

Stubberud, D. G. (2011). Sykepleie ved delirium. I H. Almås, D. G. Stubberud, & R. Grøseth (Red.), *Klinisk sykepleie 1* (4 utgave. utg., ss. 399-407). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Stubbrud, D. G. (2011). Bevissthet. I I. M. Holter, & T. E. Mekki (Red.), *Sykepleieboken 1- Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie* (4 utgave. utg., ss. 437-457). Oslo: Akribe.

Thorsen, R. (2005). Trygghet. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, & E.-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Bind 3* (ss. 13-38). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

*Wass, S., Webster, P. J., & Nair, B. R. (2008). Delirium in the Elderly: A review. *Oman Medical Journal* Lokalisert på: <http://www.omjournal.org/>.

Østensvik, E. (2008). Sykepleie til pasienter med sykdom og skade i bevegelsesapparatet. I U. Knutstad (Red.), *Sykepleieboken 3: Klinisk sykepleie* (ss. 569-629). Oslo: Akribe.

Sammendrag

I denne oppgaven har vi tatt for oss pasienter med demens som utvikler delirium, ved en akutt innleggelse på sykehus, ortopedisk avdeling. Vår problemstilling er: ” Hvordan kan sykepleieren gi god omsorg til en pasienter med demens, som står i fare for å utvikle delirium?”. Gjennom oppgaven trekker vi fram teori som et grunnlag for videre drøfting. Teoretikerne vi har valgt som relevante til oppgaven er Kari Martinsen og Tom Kitwood. Dette fordi de har mye likheter i sin omsorgstenkning. Temaer som drøftes er trygghet, tillit, identitet, tilhørighet, og faglig skjønn. Og sykepleierens omsorgsrolle knyttet til disse temaene. Viktige faktorer vi har belyst er personsentrert omsorg, sykepleierens fagkunnskap og holdninger, empati og eventuelle ressursmangler på sykehus.

Vedlegg 1

| Søkebase | P: Patients Hvilke Type | I: Interventions Hvilke tiltak | C: Comparison Hva ønsker vi å sammenligne | O: Outcomes Hvilke utfall ønsker vi å se på | Treff – Uvalgte Hvor mange |
|------------------------|---|--|--|--|----------------------------------|
| Cinahl | Dementia or delirium | Nursing care | | Safety | 26 |
| Cochrane library | Dementia delirium Hospital | | | | 7 |
| Evidence-based nursing | Delirium Hospital | | | Safety | 991- |
| Google scholar | Delir with dementia patients | | | | 20500 - 1 utvalgt |
| Ebsco Host | Dementia or delirium Hospital | Nursing or care for | | Safety | 142-4 utvalgt |
| Cochrane library | Delirium Hospital Hip fracture | Patient care | | | |
| Sykepleien.no | Demens delirium | Sykepleie Omsorg | | Forebygge | 1 treff |
| Oria | Dement* Delirium* | Omsorg | | | 4 treff 1 utvalgt |
| Cinahl | Delirium | | | After Hip fracture | 7 treff 1 utvalgt |
| Google Scholar | Dementia residents, older nurses | approach to dementia, nursing, attitude | | | 3520 treff 1 utvalgt |

Vedlegg 2

| FORFATTER | TITTEL | INNHold | FUNN | STYRKE/SVAKHETER RELEVANS |
|--|--|---|--|---|
| Inger Johansson, Carina Bååth, Bodil Wilde-Larsson & Marie Louise Hall-Lord | <i>“Acute Confusion states, pain, health, functional status and quality of care among patients with hip fracture during hospital stay”</i> | Målet med studien var å undersøke: akutte forvirringstilstander, smerte og smertelindring, fysisk helse, psykisk velvære og funksjonell status hos mange pasienter med hoftebrudd i løpet av sykehusoppholdet. Et ytterligere mål var å beskrive pasientenes oppfatning av kvaliteten på pleien | Det ble funnet funn av akutt forvirring ved innleggelse, etter operasjon og dagen før utskrivelse. Hos pasienter som hadde tilleggs sykdommer og hadde pågående medikamentell behandling var det flere tilfeller av akutt forvirring. Det ble gjort funn i forhold til smerter, og kvaliteten på omsorgen. | <i>Svakheter:</i> Få antall deltakere i studiet, psykisk helse og velvære ble ikke vurdert før innleggelse <i>Styrker:</i> Dette er en nordisk forskning <i>Relevans:</i> Tar opp temaer som er aktuell for vår oppgave. |
| Åge Wiberg Bøyum | <i>”Forebygging av</i> | Å studere sykepleiepersonale | Sykepleierne har kunnskaper og | <i>Svakheter:</i> <i>Oversykepleieren var</i> |

| | | | | |
|----------------------------|--|--|---|---|
| | <i>delirium hos eldre pasienter innlagt med hoftebrudd ”</i> | ts erfaringer med forebygging av delirium hos eldre pasienter innlagt med hoftebrudd | erfaringer i iverksetting av tiltak i forhold til delirium. Det er mange etiske utfordring i forhold til denne pasientgruppen. Sykepleietiltakene ble satt i gang uti fra observasjoner av symptomer. | <i>med på å velge ut deltakerne, som kan påvirke resultatet. Fokusgruppen kan ha medført til at individuelle meninger og holdninger ikke kommer fra. Det er bevist at deltakere i fokusgrupper kan framstille seg i et bedre lys enn hva de faktiske forhold tilsier. Styrker: Dette er en nordisk forskning, nyere forskning, artikkelen viser konkrete sykepleietiltak i forholdt til både forebygging og akutt behandling av delirium. Relevans: pasientgruppen, forskningen tar for seg sykehuset som en arena,</i> |
| Andrew Clegg, Najma | <i>”Interventions for preventing</i> | Dette er en oversiktsartikkel som gjennomgår | Studie 1: Funnene var at det ikke var forebyggende ved | <i>Svakheter: Studie 1 hadde en varighet på kun 4 uker og var av</i> |

| | | | | |
|--|---|---|---|--|
| Siddiq, Ann Heaven, John Young & Rachel Holt | <i>delirium in older people in institutional long-term care</i> | to ulike studier, som tar utgangspunkt i ikke-medikamentell deliriums forebygging . Ett studie forsket på om delirium kunne forebygges ved at de eldre fikk nok væske. Studie nummer to forsket på hvordan et teknologisk søkeprogram kunne forebygge delirium, ved å finne medikamenter som kunne være årsaken. | hjelp av at de eldre fikk nok væske. Studie 2: Ved hjelp av det teknologiske søkeprogrammet ble det reduksjon i delirium, men ikke sykehusinnleggelse, dødelighet eller falltendens. | <i>dårlig kvalitet.</i> Styrker: Relevans: Ikke stor, da denne oversiktsartikkelen har hovedfokus på pasienter som bor på sykehjem. |
| Suzanna Wass, Penelope J.Webster & Balakrishnan R. Nair | <i>"Delirium in elderly: a review"</i> | Oversiktsartikkel som tar for seg fakta om delirium, konsekvenser, symptomgjenkjenning, risikofaktorer, forebyggende tiltak og eventuell behandling. Den | Det avdekkes at delirium kan forebygges eller reduseres ved å ta hensyn til risikofaktorer. Det er viktig med medfølelse og en humanetisk tilnærming og | Svakheter: Baserer seg på eldre forskning Styrker: Basert på nyere forskning. Relativ ny artikkel Relevans: Pasientgruppe, tema, aktuelle tiltak, prognose, |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | inneholder statistikk | håndtering, som baseres på høy kvalitet på sykepleien og medisinsk behandling. Ulike forebyggingsstrategier, undersøkelser og håndteringsstrategier er foreslått i artikkelen . | |
| Wendy Moyle, Sally Borbasi, Marianne Wallis, Rachel Olorenshaw & Natalie Garcia | <i>"Acute care management of older people with dementia: a qualitative perspective"</i> | Forskningen utreder behandlingen av pasienter med demens, og hvordan de blir møtt av sykepleiere ved innleggelse. Den tar opp viktige temaer som holdninger, empati og medmenneskelighet. | Forskningen avdekket at pasienter med demens ikke alltid får den tilrettelagte omsorgen de trenger som individ. Den avdekket dårlige holdninger blant sykepleierne og gransket deres kompetanse til eldreomsorg. Det som det legges stor vekt på er at personalet må få opplæring og trening, og at det | Svakheter: Få deltakere i studiet Styrker: Det er mulig å overføre dette til ulike arenaer som sykehjem. Relevans: Tema, pasientgruppe, egne erfaringer, diagnose, sykehus som arena og sykepleiers holdninger |

| | | | | |
|--------------------------------------|---|--|--|---|
| | | | må det fokuseres mer i individuell utdanning som kan legge til rette for positive organisatoriske endringer. | |
| Tove Vaasbø, Grethe Eilertsen | ”Uro og uklarhet” <i>Sykepleieres erfaringer med delirium i møte med gamle med brudd</i> | Undersøke hva som kjennetegner sykepleiers praksiserfaringer knyttet til tilstanden Delirium hos gamle som innlegges ortopedisk avd., hvor 2 forskningsspørsmål blir undersøkt: Hvordan beskriver sykepleiere egen klinisk praksis knyttet til tilstanden delirium hos gamle med brudd?. Og Hvordan identifiserer, forebygger og behandler sykepleiere | Bekreftes av relativt hyppig forekomst av gamle pasienter med delirium. Betydningen av den preoperative fase, sammenhengen mellom preoperativ fase og den økte fare for utviklingen av delirium. Herunder lengden på den preoperative fasen.-Spl. bekymring ifh til muligheter for å utøve kvalitetsmessig god sykepleie. Konsekvenser for sykepleien til gamle pasienter på | Svakheter: Tar ikke spesielt opp pasientgruppen med demens. Styrke: Relativ ny forskning. Norsk. Overførbar til sykehuspraksis. Relevans: Pasientgruppe (eldre). sykepleierens erfaringer, |

| | | | | |
|---|--|---|---|--|
| | | delirium hos gamle pasienter? Ser oxo bl.a på bruken av ulike kartleggingsverktøy for å påvise delirium. | grunn av dagens korte sykehusinnleggels er. Viktigheten av kompetanse ifh til å oppdage symptomer og sette i gang gode tiltak opp imot gamle pasienter som er i faresonen for utvikling av delirium, eller allerede fått dette. | |
| Irene Schofield, Debbie Tolson, Valerie Flemming | <i>"How nurses understand and care for older people with delirium in the acute hospital"</i> | Målet med studiet var å avdekke hvilken omsorgsopplysninger sykepleieren blir informert om , og hva som ligger til grunn for disse opplysningene. | Forskningen avdekker at det er kunnskapen til sykepleierne som er får dårlig. De fremhever at diskusjonen omhandler verdighet og medfølelse. | Svakheter: Styrker: Nøye gjennomgang, avanserte metode bruk. Overførbart Relevans: Tema, sykepleie, kunnskapsnivå, etiske områder, sykehus som arena, |
| Catherine S. Cole, Erin B. Williams & Roger D. Williams. | <i>"Assessment and discharge Planning for hospitalized Older Adults with Delirium"</i> | | Denne artikkelen forklarer at delirium er en vanlig sykdom som er mulig å forebygge, hvis ikke snu forløpet. De understreker at ansatte må ha | Svakheter: Dette framstår som en veldig grunnleggende forskning. Mye av det som kommer frem i denne artikkelen, har vi andre og bedre artikler på. Styrker: |

| | | | | |
|---|---|--|--|---|
| | | | kunnskap og evnen til å gjenkjenne delirium tidligere. | Relevans: Tema, sykepleiere funksjon, kunnskapsnivå. |
| Christian Duffin | <i>"Raising awareness to support people with dementia in hospital"</i> | Andelen pasienter med demens er økende i Storbritannia. Denne artikkelen ønsker at ansatte ved "GUY & St. Thomas NHS Trust" skulle se Barbaras Historie. Dette var en film som var laget av en sykepleier på tillit om en kvinne med demens, hennes opplevelser etc. | | Svakheter: Dette er ingen forskning, men heller et ønske om at en video skal vises innenfor helsevesenet i Storbritannia. Styrker: Dette er en god måte å lære av, kreative læringsmetoder Relevans: Dette er ikke noe som vi ønsker å bruke som metode for å forebygge delirium og for å bedre omsorgen til pasienter med demens. |
| Christelle Mouchoux, Pascal Rippert, Antoine Duclos, Thomas Fassier, Marc Bonnefoy, Birgitte | <i>"Impact of a multifaceted program to prevent postoperative delirium in the elderly: the Confucius stepped"</i> | Formålet med artikkelen Vårt formål er å presentere metodikk og forventede resultatene av Konfucius rettssaken, som tar sikte på å måle effekten av en | | |

| | | | | |
|---|----------------------------|---|--|--|
| Comte, Damien Heitz, Cyrille Colin & Pierre Krolak- Salmon | <i>wedge protocol”</i> | mangefasettert program for forebygging av postoperative delirium hos eldre. | | |
|---|----------------------------|---|--|--|